

Año 1914.

Núm. 2768.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# LA FIEBRE TIFOIDEA

CONTRIBUCIÓN A SU ESTUDIO

(SÍNTOMAS GUÍAS - TERMOMETRÍA LOCAL EN EL NIÑO)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ATILIO GUAITA**

EX-AYUDANTE DEL LABORATORIO DE QUÍMICA DE LA FACULTAD  
EX-AYUDANTE DEL LABORATORIO CENTRAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS  
EX-HONORARIO DEL HOSPITAL DE NIÑOS  
EX-MAYOR RENTADO POR CONCURSO DEL MISMO HOSPITAL  
EX-MÉDICO INTERNO DEL HOSPITAL ITALIANO DE ROSARIO DE SANTA FÉ

"LAS CIENCIAS"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI  
Córdoba, 2080 - Buenos Aires



*Mic. B. G. 1*

# LA FIEBRE TIFOIDEA



Año 1914.

Núm. 2768.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# LA FIEBRE TIFOIDEA

CONTRIBUCIÓN A SU ESTUDIO

(SÍNTOMAS GUÍAS - TERMOMETRÍA LOCAL EN EL NIÑO)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

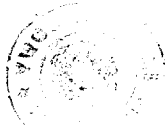
POR

**ATILIO GUAITA**

EX-AYUDANTE DEL LABORATORIO DE QUÍMICA DE LA FACULTAD  
EX-AYUDANTE DEL LABORATORIO CENTRAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE CLÍNICAS  
EX-HONORARIO DEL HOSPITAL DE NIÑOS  
EX-MAYOR RENTADO POR CONCURSO DEL MISMO HOSPITAL  
EX-MÉDICO INTERNO DEL HOSPITAL ITALIANO DE ROSARIO DE SANTA FE

"LAS CIENCIAS"

Librería y Casa Editora de A. GUIDI BUFFARINI  
Córdoba, 2030 - Buenos Aires



---

La Facultad no se hace solidaria de las  
opiniones vertidas en las tesis.

*Artículo 162 del R. de la F.*

---

**DEL MISMO AUTOR**

---

**Química Médica.**—Un tomo de 300 páginas, 1909. Buffarini, editor. (*agotado*).

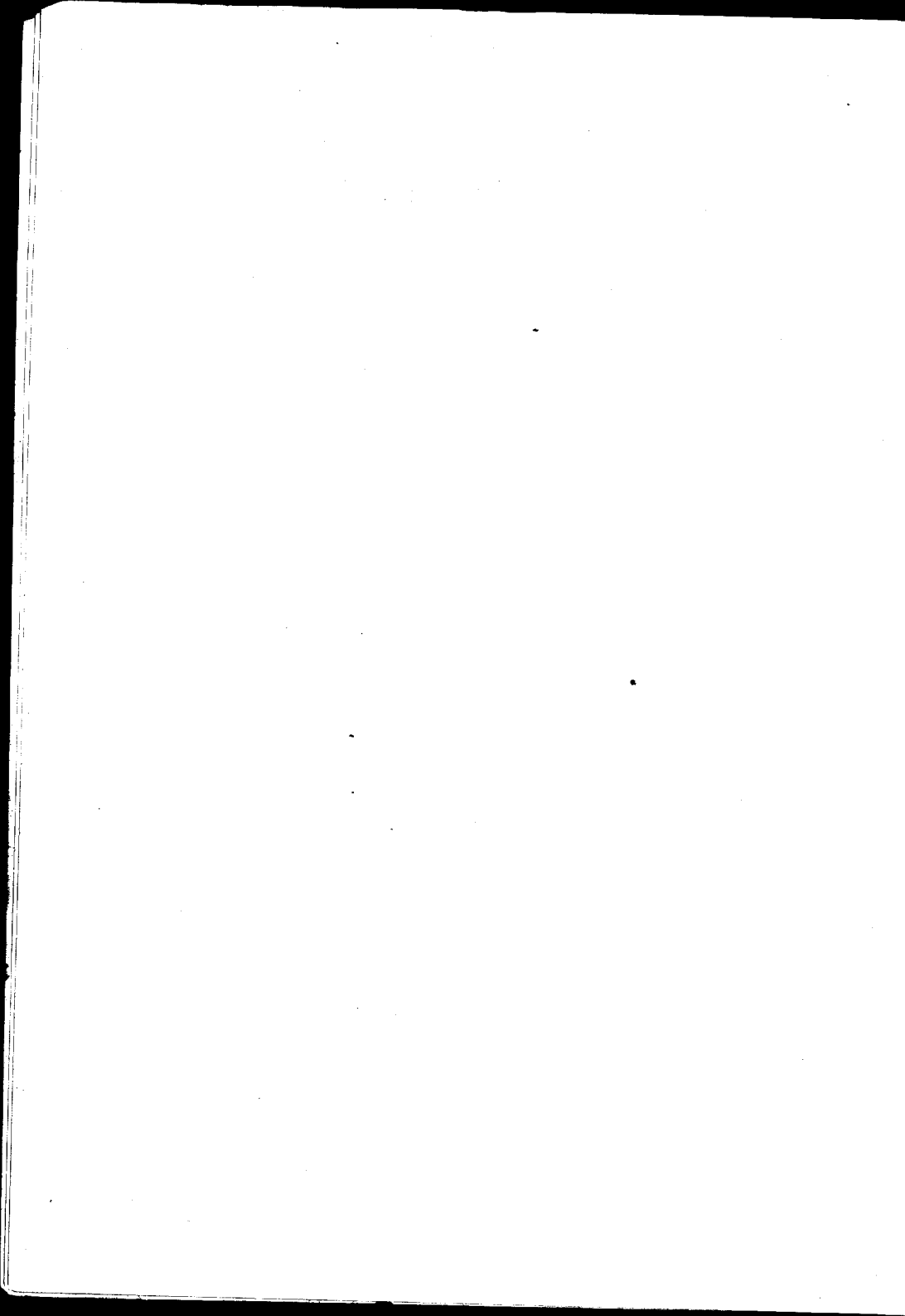
**Sueroterapia intensiva.**—La Semana Médica, N<sup>o</sup>. 28.—1913.

**Anafilaxia Sérica.**—La Semana Médica, N<sup>o</sup>. 29.—1913.

**Anafilaxia Sérica.**—La Semana Médica, N<sup>o</sup>. 34.—1913.

**Enfermedades Infecciosas.** (Clínica del Dr. José Penna). — Un volumen de 450 páginas, 1913. Buffarini, editor.

---



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

### Vice-Presidente

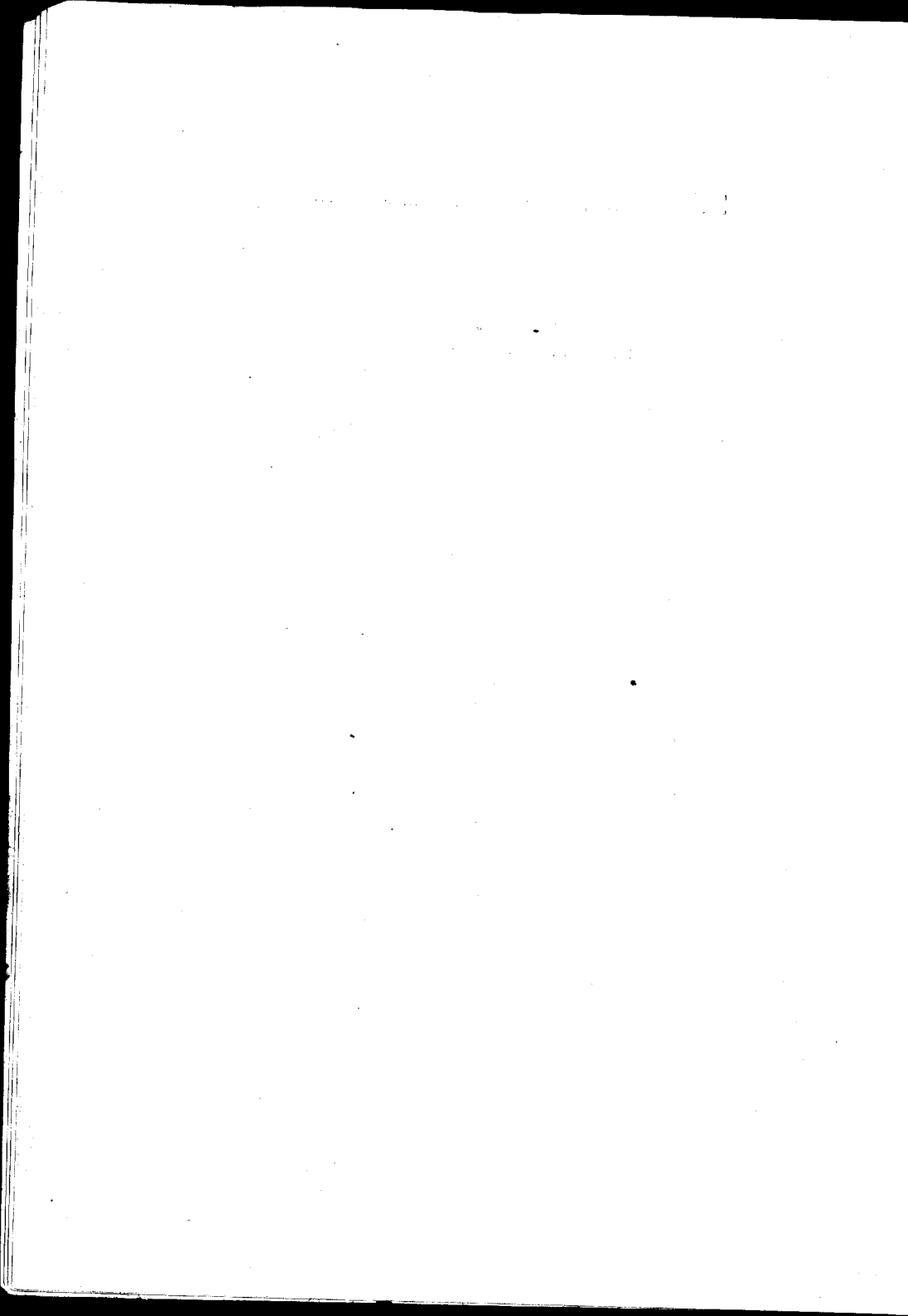
DR. D. LUIS GÜEMES

### Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. » » JACOB DE TEZANOS PINTO
3. » » EUFEMIO UBALLES
4. » » PEDRO N. ARATA
5. » » ROBERTO WERNICKE
6. » » PEDRO LAGLEYZE
7. » » JOSÉ PENNA
8. » » LUIS GÜEMES
9. » » ELISEO CANTÓN
10. » » ENRIQUE BAZTERRICA
11. » » ANTONIO C. GANDOLFO
12. » » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
13. » » DANIEL J. CRANWELL
14. » » HORACIO G. PIÑERO
15. » » JUAN A. BOERI
16. » » ANGEL GALLARDO
17. » » CARLOS MALBRAN
18. » » M. HERRERA VEGAS
19. » » ANGEL M. CENTENO
20. » » DIÓGENES DECOUD
21. » » BALDOMERO SOMMER
22. » » FRANCISCO A. SICARDI
23. » » DESIDERIO F. DAVEL
24. » » DOMINGO CABRED
25. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL  
» » DESIDERIO F. DAVEL



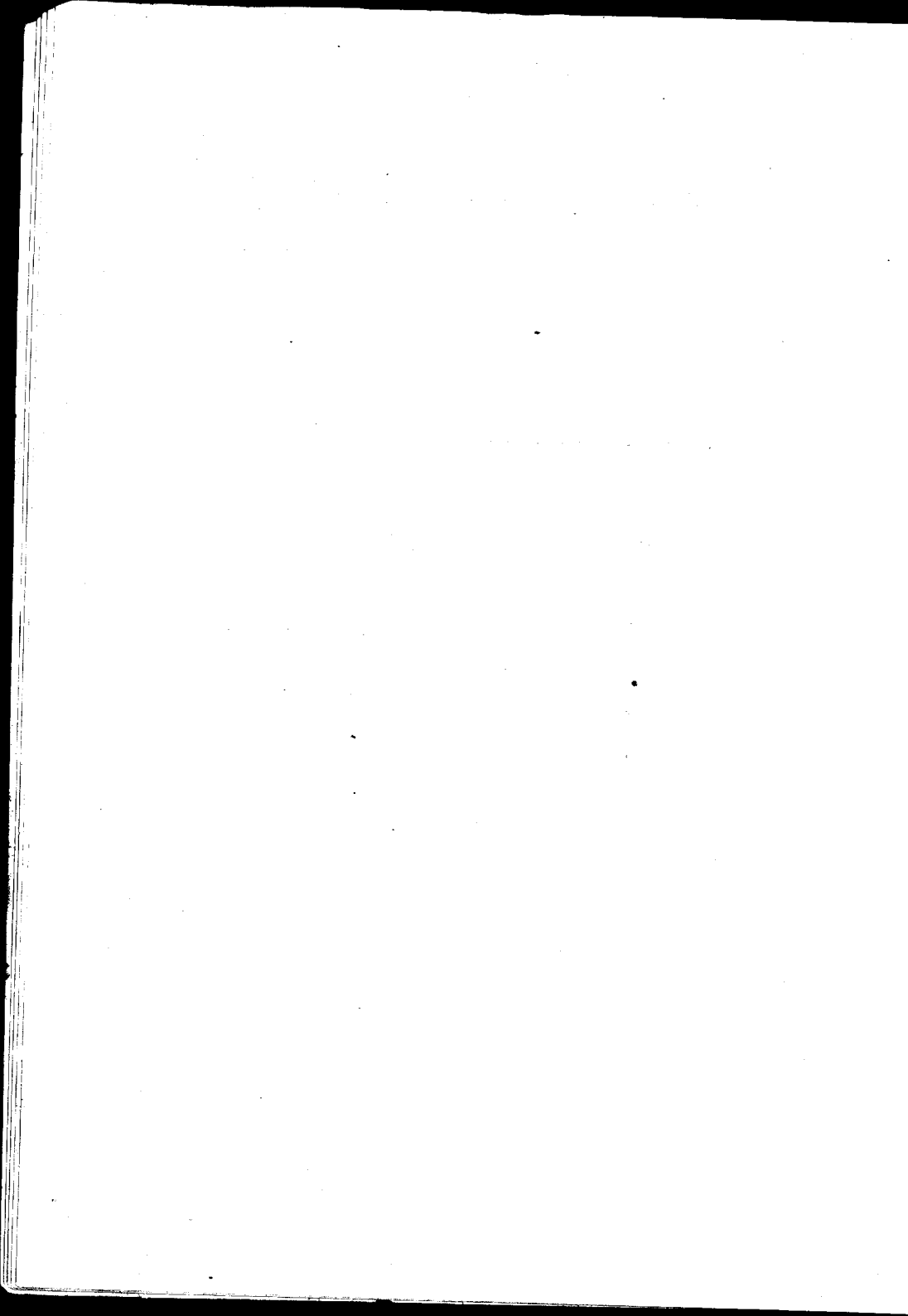
## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

### ACADEMIA DE MEDICINA

#### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. EDUARDO WILDE
2. > > TELÉMACO SUSINI
3. > > EMILIO R. CONI
4. > > OLHINTO DE MAGALHAES
5. > > FERNANDO WIDAL



# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

## **Vice Decano**

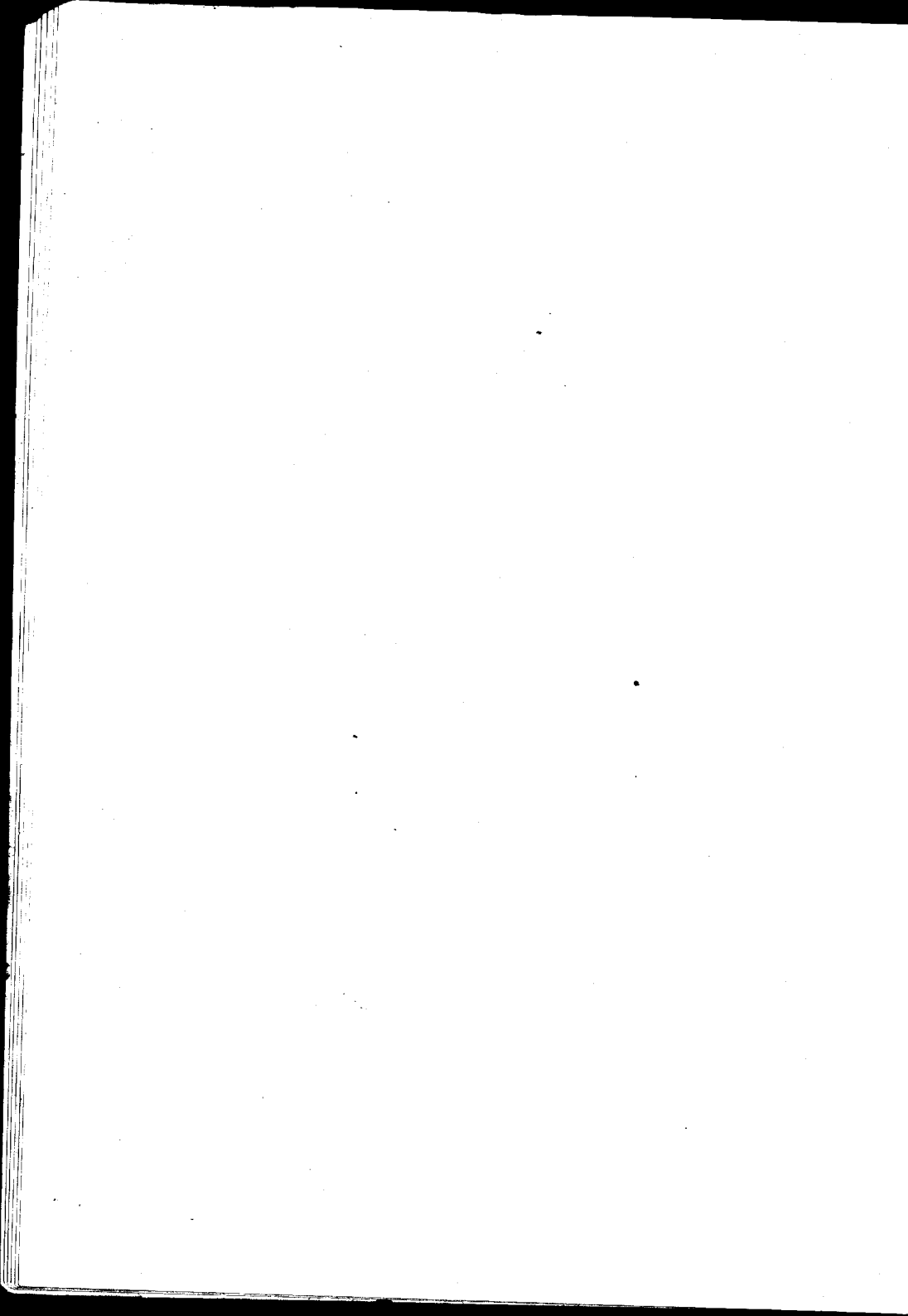
DR. EDUARDO OBEJERO

## **Consejeros**

DR. D. ELISEO CANTÓN  
» » LUIS GÜEMES  
» » ENRIQUE BAZTERRICA  
» » DOMINGO CABRED  
» » ÁNGEL M. CENTENO  
» » MARCIAL V. QUIROGA  
» » ABEL AYERZA  
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
» » FRANCISCO SICARDI  
» » TELÉMACO SUSINI  
» » NICASIO ETCHEPARIBORDA  
» » EDUARDO OBEJERO  
» » J. A. BOERI (Suplente)  
» » ENRIQUE ZÁRATE  
» » PEDRO LACAVERA  
» » JOSÉ ARCE

## **Secretarios**

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)  
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

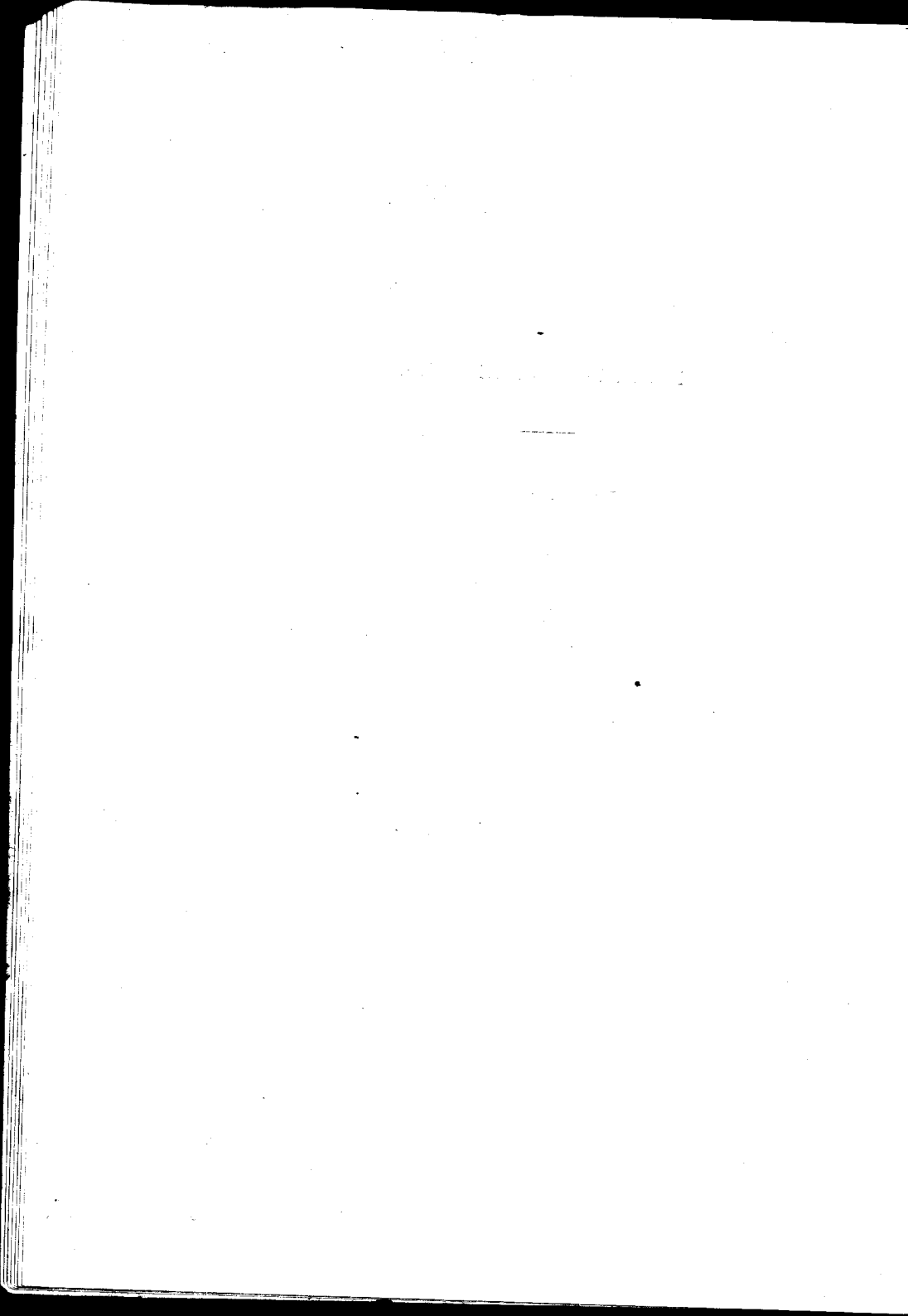


# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JOSÉ T. BACA
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » P. N. ARATA
- » F. DE VEYGA
- » ELISEO CANTON
- » JOSÉ MA. RAMOS MEJIA



## ESCUELA DE MEDICINA

---

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica.....	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica.....	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva.....	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva.....	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Química Médica.....	» ATANASIO QUIROGA
Histología.....	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica.....	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.....	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología.....	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica.....	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos.....	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica.....	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica.....	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.....	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa.....	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria.....	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica.....	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-uritarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica.....	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica.....	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Quirúrgica.....	» PASCUAL PALMA
» Oftalmológica.....	» PEDRO LAGLEYZE
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
» Médica.....	» LUIS GUEMES
» Médica.....	» FRANCISCO A. SICARDI
» Médica.....	» IGNACIO ALLENDE
» Médica.....	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica.....	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEYES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica.....	» ANGELO M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

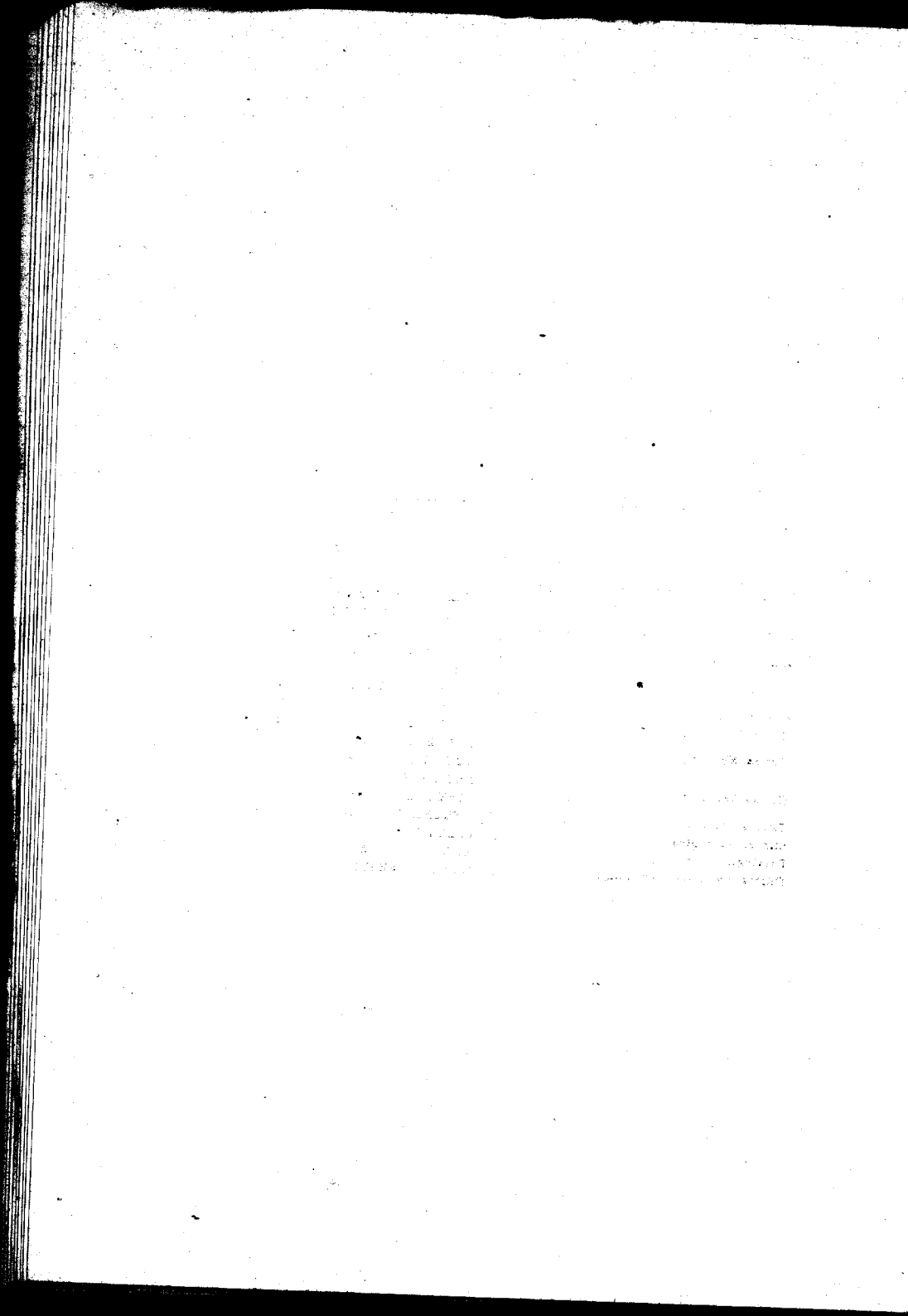


# ESCUELA DE MEDICINA

---

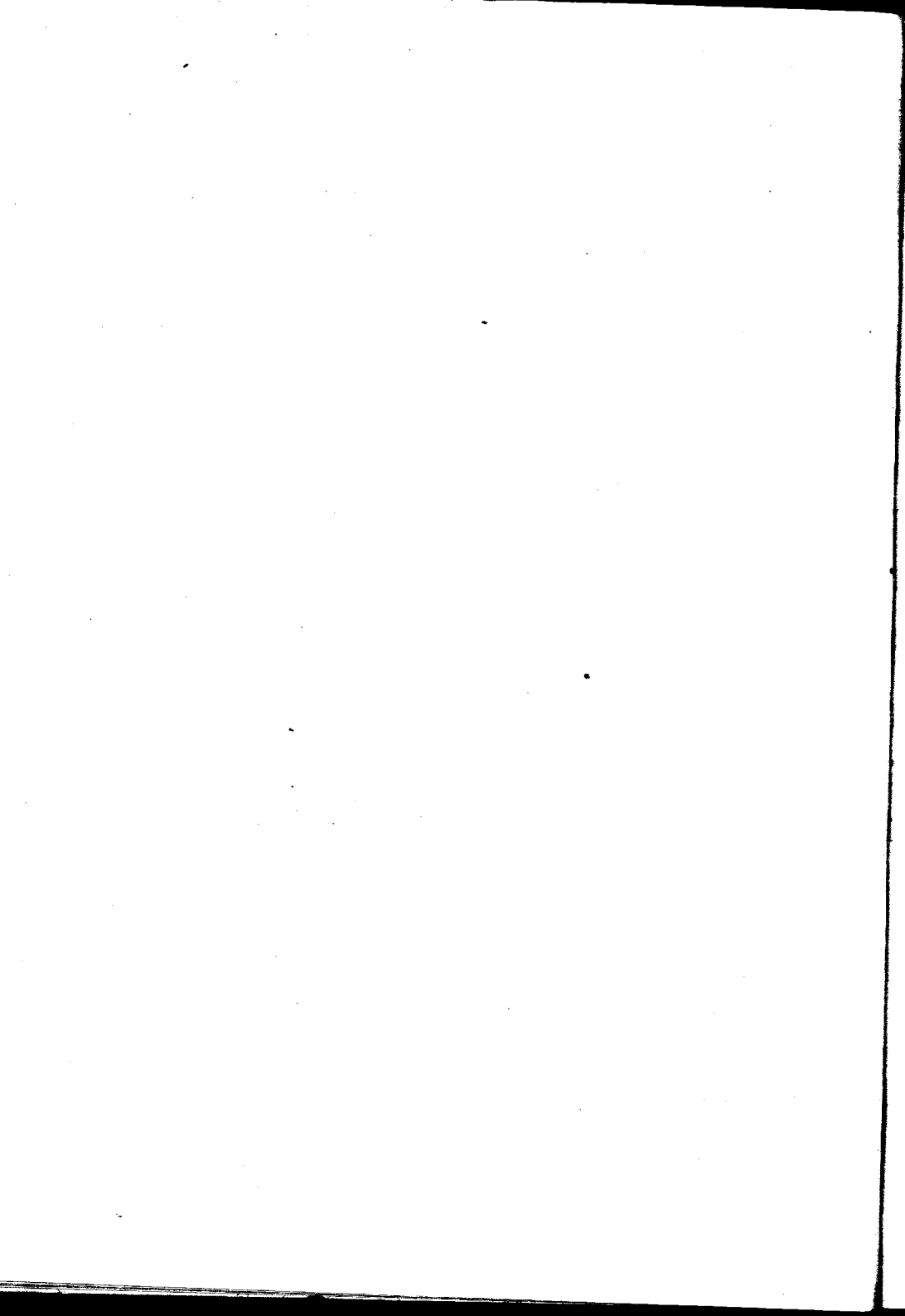
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Zoología médica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Física Médica.....	" JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología.....	" JUAN CARLOS DELFINO
Anatomía Patológica.....	" LEOPOLDO URIARTE
Clinica Ginecológica.....	" JOSÉ BADIA
Clinica Médica.....	" JOSÉ F. MOLINARI
Clinica Dermato-sifilográfica.....	" ENRIQUE ZARATE (en ejerc.)
Clinica Neurológica.....	" PATRICIO FLEMING
Clinica Psiquiátrica.....	" MAXIMILIANO ABERASTURY
Clinica Pediátrica.....	" JOSÉ R. SEMPRUN
Clinica Quirúrgica.....	" MARIANO ALURRALDE
Patología interna.....	" BENJAMÍN T. SOLARI
Clinica oto-rino-laringológica.....	" JOSÉ T. BORDA
	" ANTONIO F. PIÑERO
	" FRANCISCO LLOBET
	" RICARDO COLON
	" ELISEO V. SEGURA



## ESCUELA DE MEDICINA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Zoología Médica.....	DR. GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva.....	" PEDRO BELOU
Botánica Médica.....	" RODOLFO ENRIQUEZ
Histología.....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología.....	" FRANK L. SOLER
Bacteriología.....	" ALOIS BACHMANN
Higiene Médica.....	" FELIPE JUSTO
Semología y ejercicios clínicos.....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica.....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica.....	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapéutica.....	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria.....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa.....	" JOSE MORENO
" Dermato-sifilográfica.....	" PEDRO CHUTRO
" Genito-urinaria.....	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica.....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna.....	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica.....	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica.....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
	" FERNANDO R. TORRES
	" PEDRO LABAQUI
	" JORGE L. FACIO
	" ENRIQUE B. DEMARIA
	" ADOLFO NOCETI
	" MARCELINO HERRERA VEGAS
	" JOSÉ ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" MIGUEL SUSSINI
	" LUIS AGOTE
	" JUAN JOSÉ VITÓN
	" PABLO MORSALINE
	" RAFAEL BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCÍA
	" MANUEL A. SANTAS
	" MAMERTO ACUÑA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" ALBERTO PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONGÉ
	" V. JOAQUIN GNECCO
Medicina legal.....	"



## ESCUELA DE FARMACIA

---

### Asignaturas

Zoología general: Anatomía, Fisiología comparada.....  
 Botánica y Mineralogía.....  
 Química inorgánica aplicada.....  
 Química orgánica aplicada.....  
 Farmacognosia y posología razonadas....  
 Física Farmacéutica.....  
 Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....  
 Técnica farmacéutica.....  
 Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas.....  
 Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....

### Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO  
 » ADOLFO MUJICA  
 » MIGUEL PUIGGARI  
 » FRANCISCO C. BARRAZA  
 » JUAN A. BOERI  
 » JULIO J. GATTI  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 » J. MANUEL IRIZAR  
 » FRANCISCO P. LAVALLE  
 » RICARDO SCHATZ

### Asignatura

Farmacognosia.....

### Catedrático Extraordinario

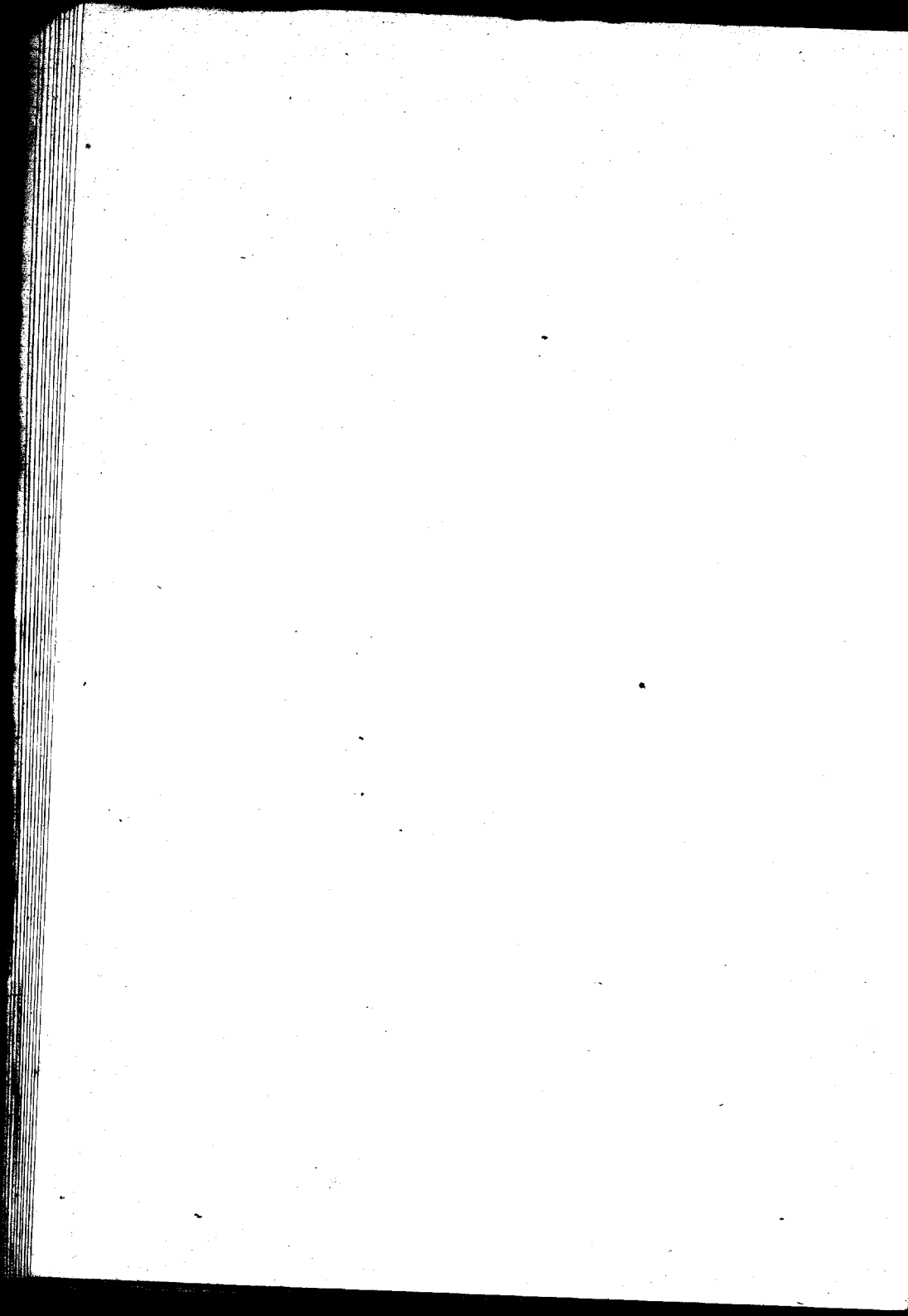
SR. JUAN A. DOMINGUEZ

### Asignaturas

Técnica farmacéutica.....  
 Farmacognosia y posología razonadas....  
 Física farmacéutica.....  
 Química orgánica.....  
 Química analítica.....  
 Química inorgánica.....

### Catedráticos sustitutos

SR. PASCUAL CORTI  
 „ RICARDO ROCCATAGLIATA  
 „ OSCAR MIALOCK  
 DR. TOMÁS J. RUMÍ  
 SR. PEDRO J. MESIGOS  
 „ JUAN A. SANCHEZ  
 DR. ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

---

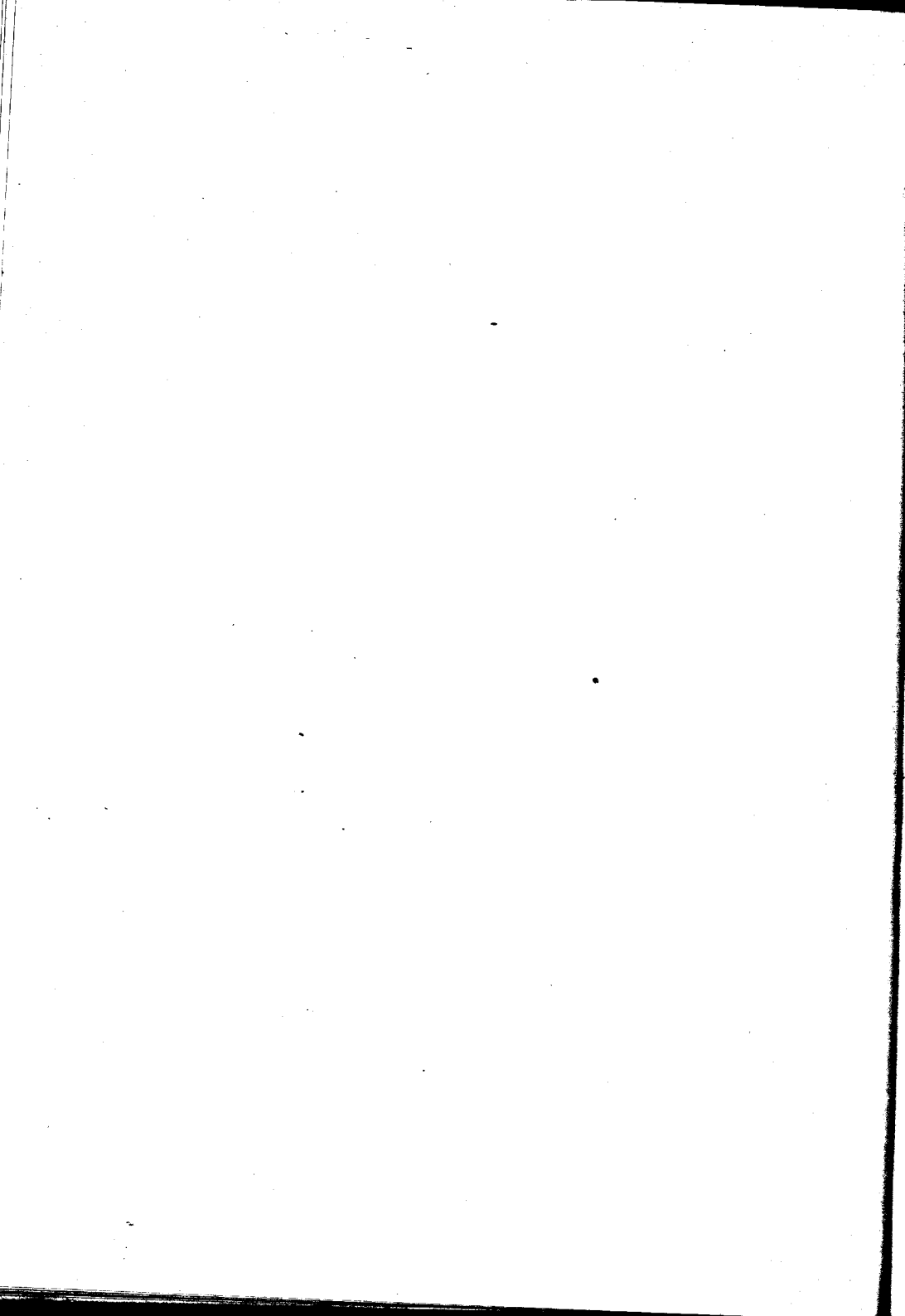
<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL DR. FANOR VELARDE
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	} DE UBALDO FERNANDEZ » J. C. LLAMES MASSINI
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1er. año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO (int.)
Prof. suplente.....	DR. ALEJANDRO GABANNE



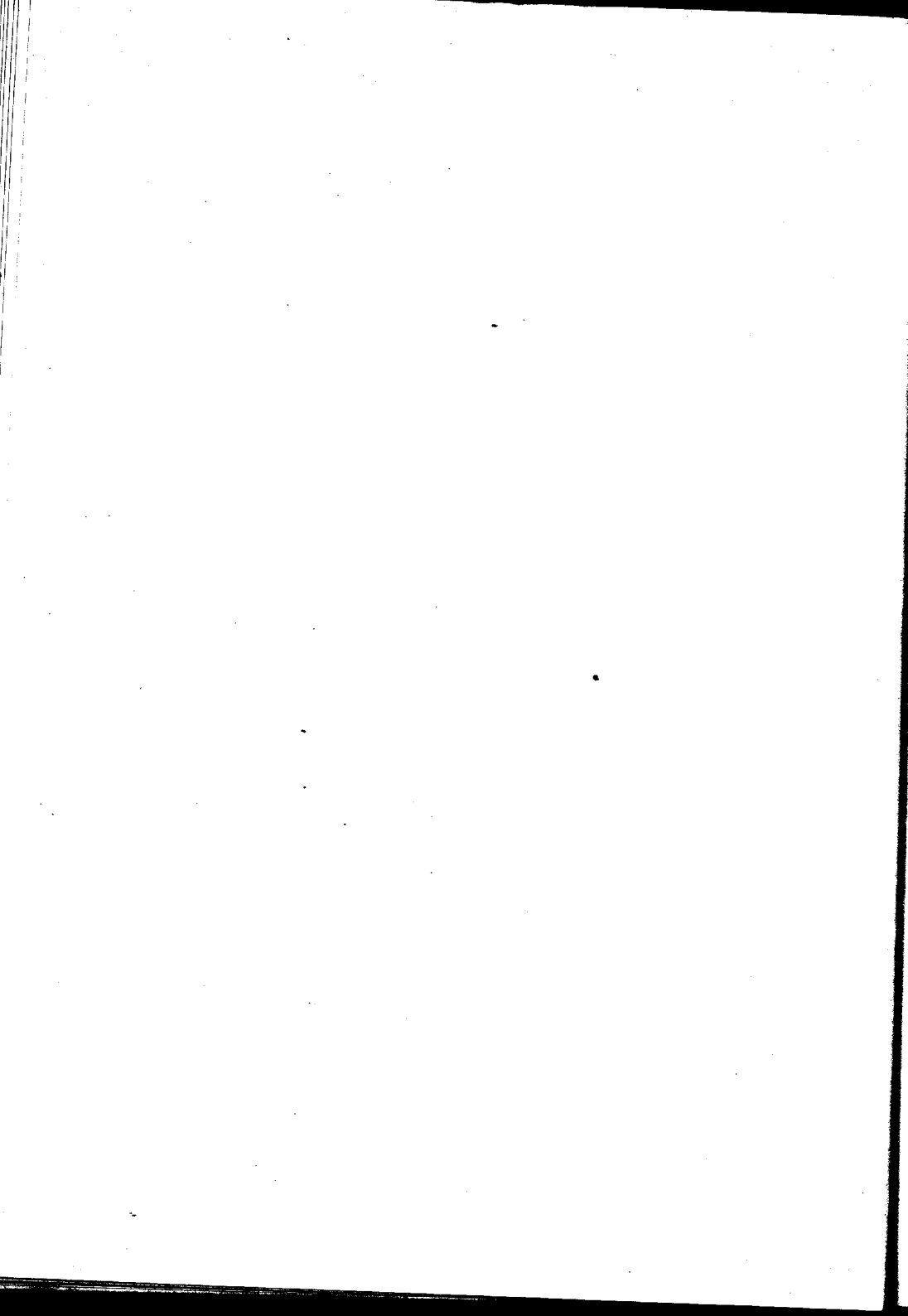
**PADRINO DE TESIS:**

**DOCTOR JOSÉ PENNA**

*Profesor titular de Clínica Epidemiológica de la Facultad de Medicina — Miembro titular de la Academia de Medicina — Diputado Nacional — Presidente del Departamento Nacional de Higiene — Ex-Profesor titular de Patología Interna de la misma Facultad — Ex-Director de la Casa Municipal de Aislamiento — Ex-Presidente del Colegio Médico Argentino — Ex-Vice-Presidente de la Sociedad Médica Argentina — Ex-Vocal honorario y Ex-Presidente del Consejo del Departamento Nacional de Higiene — Ex-Director de la Asistencia Pública de la Capital.*

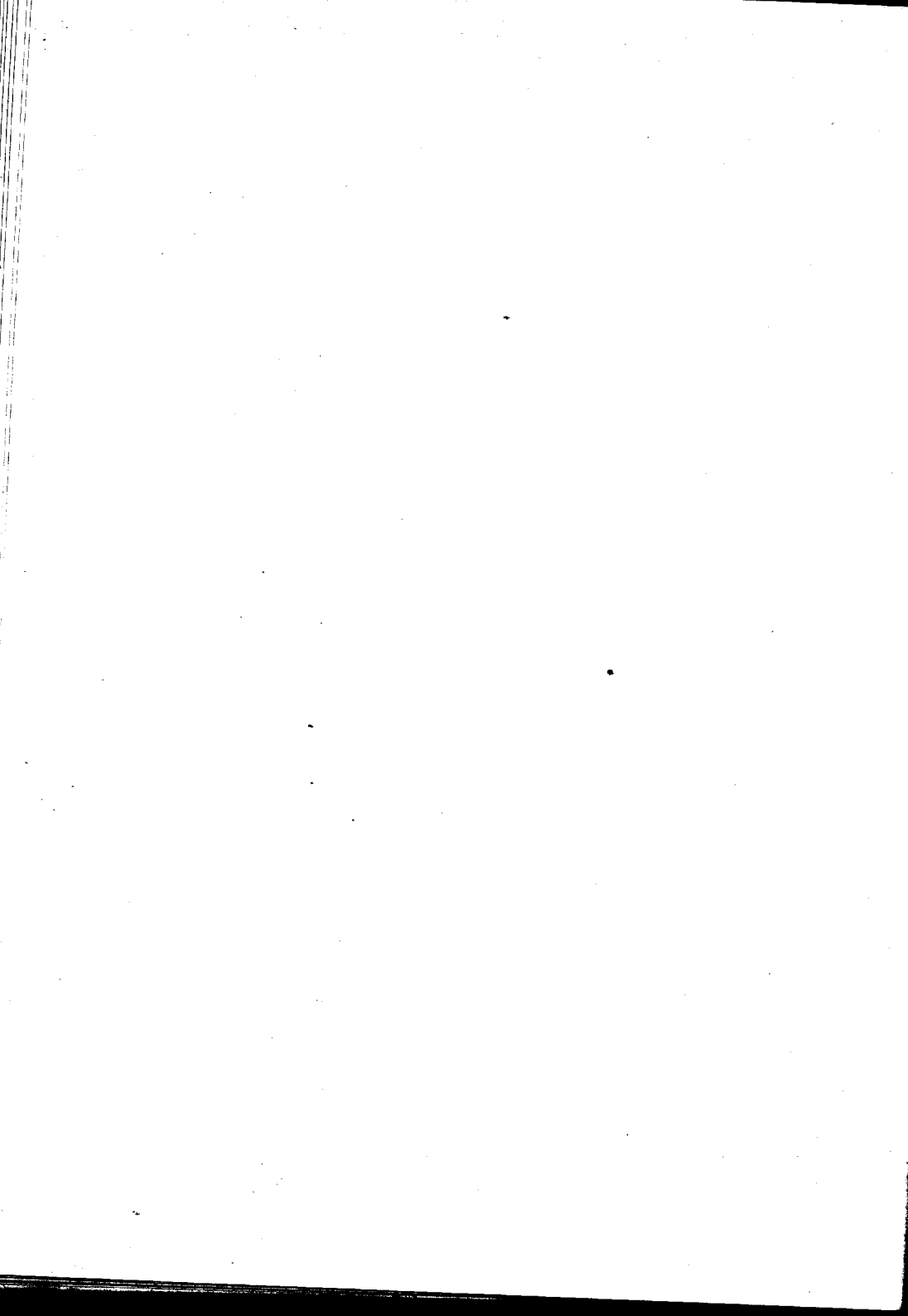


A MIS PADRES



HOMENAJE

A MI PADRINO DE TESIS



## DOS PALABRAS

En una obra que escribiera hace algunos meses sobre enfermedades infecciosas, obra que, digámoslo de paso, fué acogida con el más franco de los éxitos, ya que había tenido su origen en prestigiosísima clínica, habíamos introducido una innovación en el método descriptivo actual, que hacía que cada capítulo fuera el fiel reflejo, hasta donde era posible, de lo que ocurría en la práctica. En suma, tratábase de una subdivisión en el estudio de cada enfermedad, á la cual dábamos el nombre de « *Síntomas-guías* ». Pretendíamos entonces, que realizando la importancia de determinados síntomas colocados en el orden que les corresponden en el examen clínico, haríamos obra práctica, pues tomando al lector, si se nos permite la expresión, por una mano, le acompañaríamos en el examen de su enfermo y muchas veces, de un solo golpe, lo rendiríamos maestro de determinado caso,

sin hacerlo perder, como en otras descripciones, en un dédalo de síntomas de inextricable salida. Estudiábamos pues, para cada enfermedad, un capítulo nuevo, describíamos luego la afección en conjunto y abordábamos el diagnóstico diferencial y luego el tratamiento, tratando siempre de hacer *clínica práctica*, sin tocar para nada, ni la bacteriología, ni la anatomía patológica.

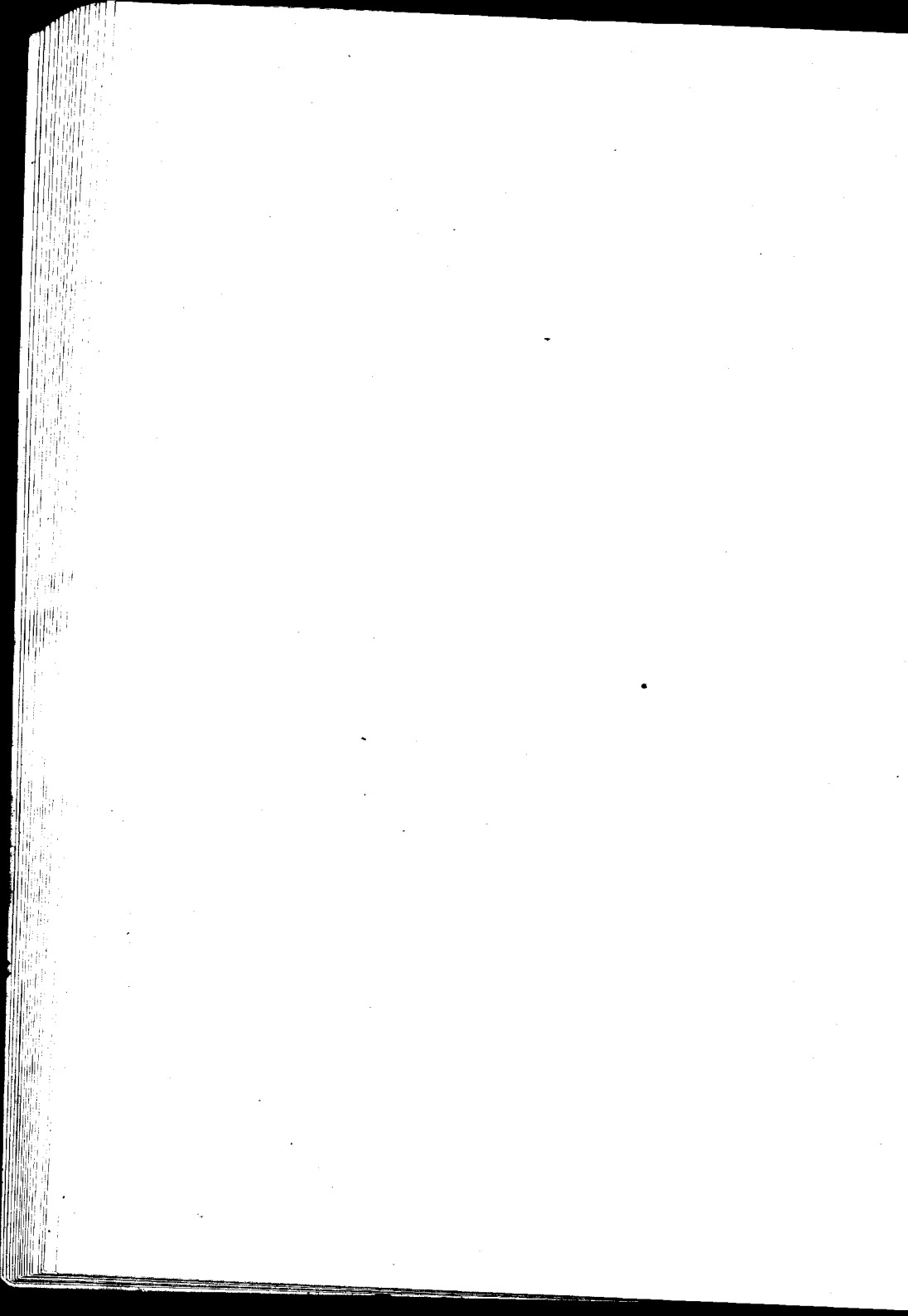
En el trabajo que hoy tengo el honor de someter á la alta consideración de los que fueron queridos maestros, he de adoptar el mismo método descriptivo; me induce á ello la franca acogida dispensada á mi obra.

De conformidad, pues, con las ideas expresadas, no tocaré ni la historia, ni la anatomía patológica, ni la bacteriología; deteniéndome, en cambio, en el estudio clínico y muy particularmente en lo que he llamado *síntomas-guías* y en la *termometría local*; innovación del método descriptivo actual el uno, y estudio nuevo el otro, que, así lo creemos, nos pertenecen por completo.

Y al separarme de esa casa, monumento científico nacional, conste que llevo conmigo enseñanzas que debo á sus esclarecidos maestros, enseñanzas que obligan mi agradecimiento hacia los que me guiaron en esa senda, oscura y luminosa á la vez, que se ha llamado la ciencia.

Permítaseme que antes de terminar sean dichas algunas palabras de gratitud : las debo á los que fueron nobles maestros, fuera y dentro de esa casa, las debo á buenos compañeros y excelentes amigos, que han estado á mi lado en los años que pasaron. Los evoco, mas no los menciono ; ellos bien se conocen y saben cuán grande es el cariño que les profeso ; de más está, pues, que negros caracteres impriman sus nombres en estas páginas, ya que nunca alcanzarán hasta donde llegan mi amistad y agradecimiento.

Y en este minuto de prueba, que se alza entre un pasado sin responsabilidades y la incertidumbre del porvenir, debo dejar constancia, una vez más, de mi eterna gratitud hacia el querido maestro que me acompaña en este acto. A él, dedico este trabajo.



## LA FIEBRE TIFOIDEA

**Definición** — Cada autor compone para esta enfermedad una nueva definición. La mayoría de ellas, tienen para nosotros un defecto : invaden el campo de la sintomatología, y pretendiendo aclarar, es lo que menos hacen. Parécenos más práctico definirla en dos palabras : una tomada de la clínica, la otra de la bacteriología ; diríamos entonces : «La fiebre tifoidea es una septicemia eberthiana á localización intestinal ». La hemo-cultura lo demuestra.

## SINTOMATOLOGIA

De conformidad con lo expuesto en el prólogo, en este capítulo introducimos una subdivisión que nos pertenece : nos referimos á los *síntomas-guías*.

Estudiados éstos, nos haremos cargo del síndrome en conjunto, para detenernos luego sobre un estudio nuevo y lleno de interés, que creemos ser los primeros en efectuar ; nos referimos á la *termometría local*.

### SINTOMAS - GUIAS

Llamamos *síntomas-guías* aquellos que por su importancia conducen al diagnóstico en línea recta, previo, á veces, el diagnóstico diferencial. La fiebre tifoidea exige para su diagnóstico la reunión de varios de ellos. En su enunciación seguimos el orden más natural : desde que *vemos* al enfermo hasta que lo abandonamos confirmando ó rechazando un diagnóstico.

Abriendo un pequeño paréntesis y para que la idea se exprese más clara, tomemos un ejemplo. Nos acercamos á un enfermo y lo encontramos en cama en la siguiente posición : acostado de lado, la cabeza inclinada lo más posible hacia atrás en extensión forzada, los muslos flexionados sobre la pelvis y las piernas sobre los muslos, formando dos ángulos de abertura variable. Los antebrazos flexionados sobre los brazos y las manos reposando sobre el abdomen,

tórax, cara ó cabeza, completan el cuadro. Bien pues, esta especial postura constituye lo que he llamado «posición meníngea». El observador al verla, pensará en los procesos meníngeos que son los que comúnmente le dan lugar é investigará en *línea recta*, sin perder tiempo, otro importantísimo síntoma: la rigidez de la nuca. La posición ha *guiado* al observador hacia su diagnóstico; la rigidez de la nuca va confirmando el proceso y á su vez *guía* hacia otros signos de la afección: la posición y la rigidez constituyen *síntomas-guías*.

Pero hay más. En nuestra obra, y al tratar de meningitis, nos ha parecido conveniente considerar como síntomas-guías á otros que no hacen sino completar el cuadro de la enfermedad; es así que después de la rigidez de la nuca, hemos agregado el signo de Kernig, los signos de Brudzinsky, la raya meningítica, el herpes y los exantemas, la temperatura, el pulso y el interrogatorio revelando la forma de iniciación, la cefalca, los vómitos, etc. No es, que conste, que todo hubiera sido indispensable, sino que pensamos que el que trata de caracterizar una enfermedad, debe buscar uno tras otro los síntomas que la confirman. Unos síntomas son, pues, verdaderamente *guías*; los otros son de *confirmación*. Para terminar completando la idea debemos hacer saber que describíamos en seguida el síndrome en conjunto.

Con los síntomas-guías llegamos, pues, rápidamente á un diagnóstico, facilitando considerablemente el estudio de la afección, á tal punto, que numerosos estudiantes que aún no habían visto meningitis, y ésto nos consta muy bien, las reconocían desde el primer momento. Es natural que al diagnóstico diferencial corresponde luego determinar la clase de meningitis.

Nuestro método tiene la capital ventaja de hacer fácil, comprensible y práctico el estudio de la enfermedad, ya que permite imaginarse completamente el cuadro de conjunto de determinada afección.

Hemos introducido esta innovación y la hemos empleado en todas las descripciones. La tarea fué pesada ; pero no tenemos por qué arrepentirnos. De todas maneras, en este trabajo adoptaremos la misma fórmula, porque creemos hacer obra útil y práctica.

Consideramos *síntomas-guías* de la fiebre tifoidea : la facies, la erupción, la espleno y hepatomegalia, el dolor y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, la lengua, etc. Agregamos otra serie de signos que no hacen sino *confirmar* el proceso : signos de *confirmación* : estudio de la temperatura y del pulso ; enterorragias, bronquitis concomitante, meteorismo, etcétera, interrogatorio revelando constipación ó diarrea, forma de iniciación, etc.

Algunas palabras serán dichas sobre signos especiales y mencionaré por fin un síntoma-guía negativo de esta afección : el herpes labial.

En el examen de los sujetos atacados de enfermedades infecciosas, nosotros seguimos el método que nos inculcara nuestro querido maestro el doctor José Penna, por considerarlo el más racional. Muchas de ellas necesitan un examen siguiendo la técnica ordinaria ; pero otras tienen la particularidad de escribir, por así decirlo, sobre el tegumento externo sus caracteres clínicos dominantes, y en estos casos, como dice Penna, sería irregular que se procediera á su investigación, con la misma incertidumbre que cuando tales elementos faltan por completo.

En efecto, si á la vista del médico, aparece en el enfermo un síntoma de cabal importancia que le pueda *guiar* hacia determinada enfermedad, ¿ por qué no aprovecharlo ? ¿ Por qué perderse de nuevo cuando ya el camino está trazado ?

Un enfermo con una fiebre eruptiva es un enfermo de piel, en el sentido estricto de la palabra. ¿ Y hay necesidad de hablar ó de interrogar á otros órganos para sentar diagnóstico ? De igual modo, el médico observador si se encuentra frente á un tétanos ó una meningitis con sus correspondientes y evidentes sintomatologías, sentará diagnóstico á la simple inspección, sin perder su tiempo en investigacio-

nes inútiles, y sí solamente para confirmar el proceso.

Es pues, en ese orden que estudiamos los síntomas guías : vale decir, que la inspección nos hará ver desde ya, tratándose de fiebre tifoidea, una facies especial que guiará hacia la erupción muy particular de esta clase de enfermos, la que á su vez guiará hacia las espleno y hepatomegalias, que confirmarán cada vez más el proceso ó pueden aún poner sobre la vía, caso que los síntomas-guías anteriores no hubieran existido. Y dicho ésto, ocupémosnos, con método, de los síntomas-guías de la fiebre tifoidea.

**Facies, estupor, adinamia** -- Constituyen excelentes signos para el diagnóstico. Para una mirada educada, paseada por una sala de clínica, es posible muchas veces señalar con mucha probabilidad algunos casos de fiebre tifoidea. Si el medio es epidémico y si el enfermo es de consultorio, la sola facies da indicios que obligan á investigar los otros síntomas de la enfermedad que estudiamos.

La cara del enfermo produce una impresión particular : las mejillas unas veces intensamente rojas, otras, las menos, débilmente coloreadas, aparecen como rosetones que de lejos se distinguen. La mirada vaga, los ojos apagados, sin expresión y á veces sin brillo, miran á lo lejos mantenidos por largo tiem-

po en la misma posición, sin parecer interesarse por lo que á su alrededor ocurre. La cara en conjunto débil ó intensamente demacrada, la nariz afilada, los labios secos, agrietados, completan el cuadro.

El enfermo colocado, las más de las veces en decúbito dorsal, pasa horas sin moverse en un estado de estupidez pronunciada, si se requiere su atención, su rostro se ilumina por un instante para caer luego en la indiferencia más completa. Los casos graves, parece que olvidaran que son humanos : más se parecen al animal que al hombre !

Debido quizás á la terapéutica actual, ó bien á la evolución que con el tiempo ha modificado la virulencia del Eberth, ó á otras condiciones que se nos escapan, ya no nos es dado observar esta facies en todo su rigor sino en pocos casos. Sin embargo, los enfermos presentan algo de especial que induce al diagnóstico.

En el niño obsérvase más bien palidez y en lugar del estupor un cierto *indiferentismo* hacia lo que le rodea ; lo que no quiere decir que no se presente en toda su intensidad el cuadro anterior. Desgraciadamente lo hemos observado repetidas veces.

**Erupción** -- Descubriendo al enfermo se constata con suma frecuencia la existencia de la roseola tifoidea, constituída por máculas ó ligeras pápulas re-

dondeadas de color rojo ó rosado que desaparecen á la presión cuando son nuevas y no lo hacen ó lo efectúan imperfectamente á medida que los elementos se hacen viejos. Tienen un diámetro variable ; pero en general es de tres á cuatro milímetros ; su número es también variable, desde unas pocas hasta centenares ; su localización respeta la cara en la mayoría de los casos y toma con mayor intensidad el vientre y el tórax, raras veces los miembros.

Es un elemento específico de la fiebre tifoidea, aunque su existencia ha sido constatada en la granulía y en la endocarditis infecciosa, si bien es cierto, sin todos los caracteres que le son propios.

Aparece precozmente desde el quinto al décimo día en la mayoría de los casos, aunque pueden hacerlo antes ó después, y su erupción se hace por brotes sucesivos ; se encuentran pues en el mismo enfermo máculas en distinto caso de evolución. Dura en general lo que la enfermedad ; pero es raro encontrarlas en la convalecencia. La vida de cada elemento es de cuatro á cinco días, desaparece luego enteramente ó bien deja en su lugar una mancha cobriza que ya no desaparece por la presión, debida á la pequeña extravasación sanguínea que á ese nivel se ha efectuado (Penna).

Tan considerable es el valor de esta erupción que Homolle, las erigió en regla, diciendo : « Toda en-

fermedad febril en la cual aparece el séptimo ú octavo día una erupción de manchas rosadas, es una fiebre tifoidea ; toda fiebre continua que después de diez ó doce días no se acompaña de manchas rosadas no es probablemente una fiebre tifoidea ».

Debe tenerse cuidado no confundir la roseola con la picadura de pulga : ésta tiene en su centro un puntito obscuro que la primera no presenta.

A más de la roseola, otras erupciones han sido descritas que ofrecen los caracteres de los eritemas, en especial la de aspecto morbiliforme, son de observación rara, y cuando existen, deben hacer reservar el pronóstico.

**Esplenomegalia y hepatomegalia** -- En relación con la gravedad del proceso se constatan hipertrofias del bazo y del hígado ; la primera más intensa que la segunda aparece hacia el fin de la primera semana, constatándose á la palpación una saliencia regular y redondeada en el hipocondrio izquierdo. Para diferenciarla de un posible tumor de bazo, recuérdese que por la palpación se deben encontrar en el borde anterior de ese órgano sus escotaduras características (Penna).

La percusión permite obtener hasta 15 ó más centímetros de matitez en lugar de los 8 ó 9 normales. La inexistencia de esplenomegalia es insufi-

ciente para rechazar el proceso tifoideo, pues una periesplenitis ú otro proceso desarrollado con anterioridad en el bazo, pueden impedir su hipertrofia (Penna).

Tratándose de fiebre tifoidea no se debe esperar encontrar nunca todos los síntomas descriptos, pues las modalidades de la afección son numerosas y hechas á propósito para confundir muchas veces al más experimentado.

**Dolor y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha** — La sensibilidad abdominal puede ser total ; pero ordinariamente se la constata solamente en el ciego.

Percíbese al mismo tiempo en la misma región gorgoteo más ó menos pronunciado ; síntomas á los cuales se acuerda importancia diagnóstica. El doctor Penna, y junto con él todos los maestros, recomiendan especialmente que se hagan con mucha prudencia estas maniobras, por los peligros que su ejecución brutal entraña para el enfermo.

**Meteorismo** — Es bastante habitual obtener timpanismo por la percusión ; se admite que su intensidad, frecuencia y duración son proporcionales á la gravedad del proceso. Cuando es exagerado, dificulta el libre juego de los órganos torácicos y favorece las perforaciones intestinales por el exceso de presión.

**Constipación ó diarrea** — Parece ser que lo común en Europa es la excepción entre nosotros. Allá se observa generalmente diarrea ; entre nosotros constipación ; se puede ir aún más lejos si se observa que los extranjeros recién llegados á este país hacen su tifoidea á la europea (diarrea) y los ya viejos y los naturales de esta tierra son constipados.

La diarrea tiene caracteres propios : líquida, amarillo ocre, fétida, alcalina y de olor amoníacal, ha sido comparada á una sopa de arvejas secas. Su frecuencia está en relación con la gravedad del proceso : obsérvanse desde dos á veinte deposiciones diarias ; por término medio : tres á cinco.

En el niño según nuestras observaciones, y á pesar de lo que se diga en contrario, sostenemos que la constipación es casi la regla durante los primeros días, instalándose luego la diarrea en la proporción de 4 á 1.

**Enterorragias** — Si ante un diagnóstico dudoso aparece una hemorragia intestinal en una enfermedad febril de larga duración, dicha afección es una fiebre tifoidea.

**Lengua** — Tanto más seca cuanto más grave el proceso. Tiene un aspecto particular : saburral, blanca en el centro, roja en los bordes. « Ni todas las

lenguas en estas condiciones son tifoideas, ni la fiebre tifoidea se acompaña siempre de tal lengua ».

**Bronquitis concomitante** — Toda fiebre tifoidea se acompaña de bronquitis ; un poco de tos, esputos escasos, rales mucosos ó sibilantes, es todo lo dable observar.

**Tiempo de residencia en la localidad** — Un extranjero que recién llegue al país ú otro sujeto que cambie localidad dentro del mismo, si cae en cama con temperatura : 1º inmensa probabilidad de que la afección sea infecciosa ; 2º dentro de las infecciosas, la más probable es la fiebre tifoidea (Penna).

Las nuevas condiciones de vida y tal vez la distinta virulencia microbiana, son las causas que yo invoco para explicar esta observación (Penna).

**Contracción id'io-muscular** — Signo descripto recientemente por Burke, se practicaba entre nosotros hacen ya 50 años.

Píncese con dos dedos y transversalmente un músculo del enfermo (biceps en géneral) ó dése sobre él un golpe con el canto de la mano : inmediatamente se verá que el músculo forma un vientre en el lugar afectado.

Enfermos existen á los que basta que se les toque con imprudencia para que el signo se manifieste. Tiene un dudoso valor, pues se le encuentra en otras varias afecciones, y por otra parte, no se le encuentra en todos los casos de tifoidea. *Es raro en los niños.*

**Signo palmo plantar de Filipovicz** — Bastante frecuente en la tifoidea y otras enfermedades febriles : es una coloración amarillenta de las regiones palmar y plantar. En las mismas regiones obsérvase descamación en la convalecencia.

**Signo de Sicardi** — Suele encontrarse en las regiones esplénica y hepática una red venosa superficial de forma cónica, con vértice dirigido hacia arriba.

**Temperatura y pulso** — El trazado térmico de la fiebre tifoidea y el pulso con sus caracteres particulares, son de capital importancia ; los estudiaremos en capítulo especial.

**Herpes labial** — Constituye un *síntoma-guía negativo* ; su presencia excluye casi con seguridad el proceso tifoideo.

## EL SINDROME

Es usual describir en la fiebre tifoidea tres períodos : de invasión, de estado y de defervescencia, durando cada uno una semana en las formas medias. El interrogatorio enseñará sobre el primero : dolor de cabeza más ó menos pronunciado, sed, dolores generalizados, insomnio, anorexia, fiebre, algunas veces vértigos, vómitos ó epistaxis, y por fin, la postración propia del estado tifoideo.

La iniciación por vómitos y cefalalgia ó aún rápidamente con un chuco, alta temperatura y á veces una angina eritemato-pultácea es muy común en la segunda infancia.

Aparecen poco después los síntomas -guías ya descriptos y se entra gradualmente en el período de estado. La postración es intensa, la adinamia, la astenia, el dolor abdominal, el meteorismo, el gorgoteo, la esplenomegalia, la bronquitis y la diarrea se pronuncian ; las manchas rosadas hacen su aparición, la facies toma su típico aspecto ; el enfermo enflaquece y el delirio, ya violento, ya calmo, completan el cuadro. La orina toma el aspecto febril : se hace roja y se emite en pequeña cantidad ; la úrea y los clo-

ruros disminuyen, obsérvase con cierta frecuencia albúmina é indican y en la mayoría de casos la diazo-reacción de Ehrlich es positiva.

El período de estado toca á su fin entre los quince y veinte días ; se entra por esta fecha en el de defervescencia que dura también una semana más ó menos.

La defervescencia se hace lentamente y poco á poco ; como si se corriese un velo, el enfermo cambia su aspecto, el estupor desaparece y en su lugar un cierto grado de euforia ; el sujeto se interesa ya por lo que á su alrededor ocurre, su mirada se hace viva, su lengua se humedece y en general pide de comer ; en fin, obsérvase el retorno gradual de la inteligencia ; pero el enflaquecimiento continúa acentuándose cada vez más por algún tiempo.

Poco á poco la convalecencia, tanto más larga cuanto más grave ha sido la enfermedad, se establece ; la fiebre ha desaparecido, el apetito es imperioso y el enfermo después de enflaquecer aún un poco empieza á mejorar visiblemente, hasta encontrarse en iguales ó mejores condiciones que antes.

Durante este período de la enfermedad el niño enflaquece rápida y profundamente, á tal punto, que nos ha parecido *que el niño se quema más durante la convalecencia* que en todo el curso de la afección. Hablamos, es natural, de aquellos casos de tifoidea

de mediana intensidad en que las complicaciones no cuentan.

Tal es, á grandes rasgos, la síntesis que nuestra observación nos ha enseñado de la marcha de una fiebre tifoidea común.

### LA TEMPERATURA

Intencionalmente en las anteriores líneas no nos hemos detenido sobre la temperatura de la fiebre tifoidea; es que, al igual que al pulso, que estudiaremos después, le concedemos extraordinaria importancia, y nos ha parecido conveniente su estudio en capítulo aparte.

Nadie osaría escribir hoy sobre termometría, y más aún tratándose de fiebre tifoidea, sin mencionar y consultar á Wunderlich, el sabio maestro que nos ha dejado en una obra clásica, el bagaje más completo y de mayor precisión sobre un punto de tal importancia.

La fiebre tifoidea presenta en su marcha una tal regularidad típica imposible de desconocer. Es suficiente para convencerse observar un trazado de la temperatura en esta enfermedad y comparar entre ellos un cierto número de ciclos térmicos; después de las fiebres recurrente é intermitente, el tifus abdo-

minal es la mejor enfermedad para servir de prueba y de justificación á la teoría de los tipos.

Las observaciones termométricas deben ser múltiples ; una sola observación no puede probar la existencia de un tifus abdominal. Sin embargo, esa sola observación hecha en cierto momento, es suficiente para rechazar la existencia de esta enfermedad ó para restarle buen número de probabilidades.

Así, dice Wunderlich, se puede suponer con gran probabilidad, que no se trata de fiebre tifoidea :

1°—Cuando desde el primer día de la enfermedad ó en el comienzo del segundo, la temperatura sube á cuarenta grados. *Inexacto en el niño.*

2°—Cuando entre el cuarto y el sexto día, la temperatura de la tarde, en un niño ó en un adulto de edad media no llega á 39°5 y si durante este tiempo ella no ha llegado repetidas veces á esta cifra.

3°—Cuando desde la segunda mitad de la primera semana, se presentan descensos considerables ó progresivos de las temperaturas vesperales.

Pero una sola observación es insuficiente y no permite juzgar con seguridad la intensidad del caso ; mas, una observación continuada durante un día y con mayor razón durante varios, da corrientemente indicaciones preciosas.

Las irregularidades en la marcha de la afección, la existencia de complicaciones, la terminación fu-

nesta, las recaídas y aún la eficacia de los agentes terapéuticos empleados, se miden mejor que nada por el estudio de la temperatura.

La fiebre tifoidea está caracterizada por una temperatura que, aparte los casos excepcionales, dura por lo menos tres semanas, cuando es feliz la terminación y raramente menos de una en las terminaciones fatales más prontas.

La termometría moderna, colocando el termómetro cada tres horas, tal como hacemos nosotros, nos ha enseñado que donde antes entre la mañana y la tarde había una mínima diferencia, hoy existe pronunciada ó existen varias oscilaciones, razón por la cual no puede ya admitirse que la temperatura sea continua sino subcontinua (Penna).

La temperatura máxima de un caso aislado, salvo raras excepciones, nunca es menor de  $39^{\circ}6$ , oscilando de ordinario entre  $40$  y  $41^{\circ}$ ; puede sin embargo, elevarse á  $43^{\circ}5$  en los casos graves y en los no mortales á  $41^{\circ}5$ .

Jaccoud ha comparado el trazado esquemático de la temperatura en la fiebre tifoidea á los tres lados superiores de un trapecio: la línea oblicua ascendente, corresponde al principio; la horizontal al período de estado y la oblicua descendente á la declinación del proceso. Denomina los tres períodos: 1<sup>o</sup> oscilaciones ascendentes (estadío inicial de Wunderlich); 2<sup>o</sup> oscilaciones estacionarias (fastigium de Wunder-

lich), 3º oscilaciones descendentes (declinación de Wunderlich).

Los trazados febriles de la fiebre tifoidea pueden ser concentrados en dos tipos generales : en el primero, la marcha es breve, continua y la terminación se hace en tres semanas (benigna, regular). En el segundo se interpone entre el ascenso y el descenso un período bastante largo, de gran intensidad febril y de oscilaciones térmicas. En este último tipo, la enfermedad persiste cuatro semanas y media, muy á menudo cinco, seis y muchas veces ocho á diez semanas (grave, complicada).

#### **Estado inicial ó de oscilaciones ascendentes**

La temperatura sube en zig-zag, de manera á elevarse en los tres ó cuatro días que comprende este período de un grado á un grado y medio de la mañana á la noche y caer medio á tres cuartos de grado de la noche á la mañana, hasta que hacia la tercera ó cuarta noche se haya llegado ó pasado cuarenta grados. La fórmula de este ascenso puede ser representada como sigue :

- 1er. día : por la mañana 37° ; por la tarde 38° 5
- 2º. día : por la mañana 37° 9 ; por la tarde 39° 2
- 3er. día : por la mañana 38° 7 ; por la tarde 39° 8
- 4º. día : por la mañana 39° 2 ; por la tarde 40° 3

Es raro, agrega Wunderlich, que la tifoidea no comience de esta manera y más raro aún es encontrar otra enfermedad que siga tal evolución, de lo que concluye que por sí sola esta marcha termométrica puede decidir el diagnóstico. En otros términos :

1°—Si la temperatura vespéral de los segundo, tercero y cuarto días, queda aproximativamente normal, no se trata de tifoidea.

2°—Si queda igual en las dos ó tres primeras tardes, no se trata de tifoidea.

3°—Si queda al mismo nivel en las dos ó tres primeras mañanas, la enfermedad no es casi seguramente una tifoidea.

4°—Si sube, en los dos primeros días, á 40° ó más, no se trata de tifoidea. *Excepción de algunos casos en los niños.*

5°—Si presenta un solo momento de arresto en su línea ascendente ó vuelve hacia atrás en las mañanas ó tardes del primer semi-septenario, se puede excluir la hipótesis de tifoidea.

Wunderlich termina haciendo notar que puede haber excepciones á este tipo inicial, que el médico tiene raramente ocasión de observarlo, estando así privado de un potente auxiliar para el diagnóstico y que es necesario no dejarse inducir en error por los enfermos que olvidan muy corrientemente el día preciso en que la afección ha comenzado.

**Período de fastigium ú oscilaciones estacionarias**

— Corresponde al período de estado de la tifoidea y obsérvanse dos tipos diferentes: uno benigno y otro grave.

*Tipo benigno* — En la segunda mitad del primer septenario, la elevación vespéral oscila entre 40 y 41°5, pero más corrientemente entre 40°2 y 40°8. Las temperaturas matinales son en esta época más bajas de medio grado á un grado y medio, raramente menos ó más, con la excepción que algunas veces se presenta durante un solo día, ordinariamente el séptimo, una remisión profunda y transitoria (inconstante).

En la primera mitad del segundo septenario, la temperatura desciende un poco y las remisiones son más pronunciadas. Este período dura una semana, raramente más ó menos en los casos benignos.

*Tipo grave* — En este tipo, el período de estado, se prolonga considerablemente hasta el tercero ó cuarto septenario y antes de la declinación, suele observarse el estadio anfíbolo de Wunderlich.

Comienza corrientemente en la mitad, raramente desde el principio de la tercera ó aún de la cuarta semana, en algunos casos es precedido por una remisión éxtremadamente profunda ó aún por el colapso, y manifiesta su presencia por irregularidades

más ó menos considerables ó por mejorías ó agravaciones sin causa aparente. En suma, la curva térmica es indecisa y á grandes oscilaciones, dura media, una ó una semana y media, y acaba muchas veces con la vida del enfermo.

Si el enfermo va á la muerte, el período preagónico es á menudo anunciado por descensos térmicos engañosos ó por una elevación extrema de la temperatura, pasando  $41^{\circ}$  y manteniéndose al mismo nivel por las mañanas ó por un aumento súbito á  $42^{\circ}$  ó más (raramente  $43^{\circ}$  ó más) ó por un intenso colapso.

Si el enfermo va á la curación, aparece el tercer período.

**Período de defervescencia\* ó de oscilaciones descendentes** — Ordinariamente se hace en lisis, aunque puede caer en crisis, como la neumonía. La caída se hace en forma oscilante ó bien formando escalones, en zig-zag hasta que llegue á la normal.

Para terminar, debo agregar que las formas gravísimas de la tifoidea (ataxo-adinámicas) no siguen el cuadro que acabo de describir; se observan en su lugar irregularidades térmicas que no pueden ser referidas á ningún tipo.

Las diversas complicaciones alteran también los cuadros térmicos, ya exacerbando, ya descendiendo la temperatura.

## EL PULSO

El estudio de este otro importante factor, no sólo nos hará sentar diagnóstico en muchas ocasiones, sino que nos será de inmensa utilidad, para el pronóstico y tratamiento de la afección que estudiamos ó de sus complicaciones.

Acelerado, su curva sigue un cierto paralelismo con la temperatura. Los casos no complicados y de mediana intensidad, en el período de estadío dan de noventa á cien pulsaciones en el hombre, cien á ciento veinte en la mujer y ciento treinta ó más en los niños, según su edad, tanto mayor cuanto más joven el sujeto.

El pulso se hace tanto más frecuente cuanto más grave es la tifoidea : un pulso sostenido de ciento veinte pulsaciones, es ya para alarmar en un adulto. El siguiente cuadro, debido á Murchison, es ilustrativo :

1—	Sobre 30 casos:	pulso por debajo de 110:	mortalidad 0 %
2—	" 70 "	" mayor "	" 110: " 30 "
3—	" 32 "	" " "	" 120: " 47 "
4—	" 25 "	" " "	" 130: " 52 "
5—	" 10 "	" " "	" 140: " 60 "

Liebermeister ha resumido sus ideas en la siguiente forma :

Fiebre tifoidea en adultos:.....	140 pulsaciones:	50 % de mortalidad
" " " " "mas de 140	"	80 „ de „
" " " " " „ 150	"	90 „ de „

La comparación que se efectúa corrientemente entre el grado de temperatura y el número de pulsaciones, nos enseña :

1º—Que no siempre, pero sí á menudo, se observa una cierta bradicardia de importancia diagnóstica cuando existe, ya que á más de la tifoidea sólo los procesos meníngeos le dan lugar.

2º—Que no se debe temer cuando la temperatura sea elevada, si el pulso no pasa de ciento diez por minuto.

3º—Que es peligrosa la elevación simultánea y correlativa del pulso y la temperatura.

4º—Que las temperaturas bajas con pulsos acelerados indican un gravísimo pronóstico.

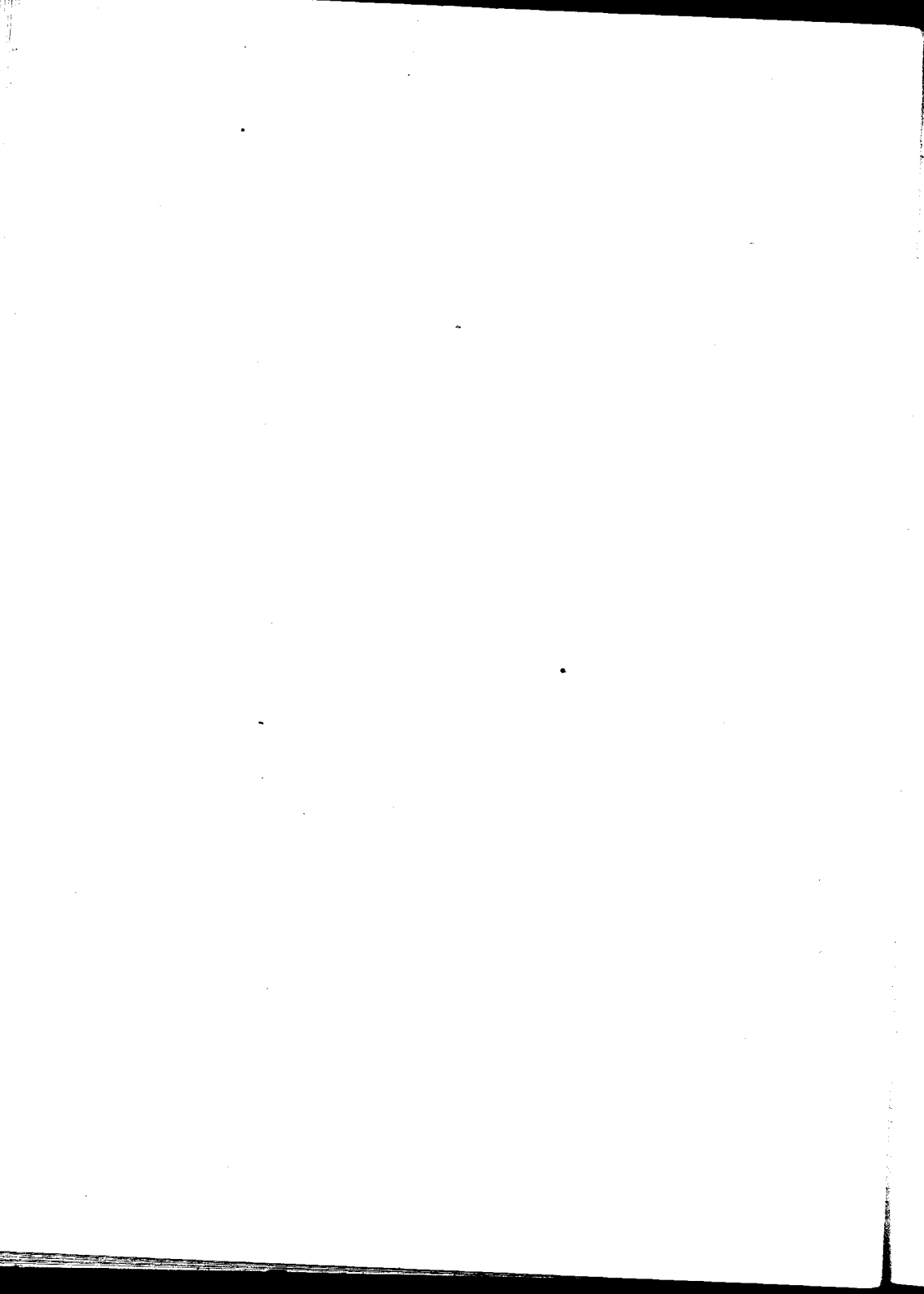
Otra particularidad debe ser notada : la tensión arterial está descendida (pulso hipotenso de la tifoidea) : el *dicrotismo* aparece.

Si el pulso, al mismo tiempo que frecuente, se hace sumamente hipotenso y arrítmico, la afección es grave, pues revela la aparición de una miocarditis. La auscultación del corazón enseña entonces que los

tonos cardíacos son débiles, que puede haber soplos funcionales y muchas veces embriocardia, es decir, que el tiempo que separa el primero del segundo tono, se va haciendo cada vez más corto hasta dar la impresión de un corazón fetal. Este signo es de pésimo pronóstico.

El pulso que se acelera de golpe y que va acompañado de la caída de la temperatura, revela : ó fenómenos de colapso ó bien á menudo una hemorragia ó una perforación intestinal. Para diferenciar la hemorragia de la perforación, nos guiará el cuadro térmico, según Dieulafoy : si la caída brutal de la temperatura va seguida de una elevación rápida, que alcance ó poco menos el nivel anterior á la caída : *hemorragia* ; si lo contrario : *perforación*.

En la convalecencia suele observarse por algún tiempo un cierto grado de bradicardia ; si hay *taquicardia* no se la crea banal : indica casi, sino siempre, *miocarditis*, y debe para el médico ser un aviso de enérgica intervención. Y si ésto hemos dicho, subrayando los términos, es porque, desgraciadamente, constituye algo que hemos visto olvidado con frecuencia, con los resultados que es dable imaginar para la vida del enfermo. De nuevo y en pocas palabras, *si durante la convalecencia hay taquicardia, téma-se la muerte súbita*. De cerca algunos casos hemos observado.



## LA TERMOMETRIA LOCAL

*Reclamamos para nosotros el honor de ser los primeros en efectuar este trabajo.* No sabemos que nadie se haya ocupado hasta el presente de un tal estudio que se presenta por demás interesante.

La fiebre tifoidea es una afección de difícil diagnóstico. En los primeros días de enfermedad no tenemos, actualmente, y menos en el niño, un signo capaz de dilucidar rápidamente un diagnóstico. *A eso conduce este estudio.*

En nuestro servicio de niños habíamos muchas veces reparado que la temperatura del abdomen era superior á la que en ese momento marcaba el cuadro que teníamos á la vista ; por lo menos, esa era la impresión que recogiera nuestra mano. Claro está que un medio tan rudimentario no podía darnos las enseñanzas que buscábamos ; decidimos entonces estudiar el punto con detención, utilizando termómetros.

**Primeros estudios** — Hemos debido utilizar los termómetros clínicos comunes por inexistir en la capital aquellos para temperatura local.

Es natural, que con termómetros especiales, no sólo hubiéramos ahorrado tiempo y trabajo, sino que el estudio podía haberse hecho con más perfección ; pero, por otra parte, no nos arrepentimos de haber usado los mismos termómetros para todas las temperaturas que tomáramos, pues esa manera de hacer ofrecía mayores garantías. Hemos utilizado 3 termómetros que *controlamos* rigurosamente.

En la iniciación de nuestras experiencias, hemos investigado la temperatura rectal, como garantía de que la axilar estaba bien tomada, una temperatura axilar y la local de abdomen colocando el termómetro en cualquier punto.

Cuatro niños tifoideos con suero-reacción de Widal positiva, uno de ellos con congestión pulmonar y un niño con bronconeumonía, nos prestaron entonces su concurso. En el cuadro que sigue quedan resumidas nuestras observaciones :

Número	T. axilar	T. rectal	T. local	T. axilar	T. rectal	T. local	T. axilar	T. Rectal	T. local	T. axilar	T. rectal	T. local
1	37.8	38.8	38.2	38.9	40.	38.8	37.1	38.2	37.2	38.7	39.5	38.9
2	39.	39.6	39.1	39.8	40.5	39.6	39.3	40.1	39.4	38.5	39.	38.5
3	39.1	39.5	38.6	39.2	39.7	38.1	39.2	39.8	38.2	39.	39.7	38.1
4	36.7	37.3	37.	37.	38.2	37.3	37.4	38.1	37.6	38.	38.6	38.2
5	39.4	40.2	38.1	38.6	39.2	37.8	38.8	39.6	38.	38.6	39.1	37.7

La observación núm. 1, es una tifoidea con suero-reacción positiva que ingresa al servicio con ocho

días de enfermedad : La temperatura local con respecto á la axilar fué : una vez superior en 0.4, otra en 0.2, otra en 0.1 y una vez inferior en 0.1.

La observación 2, refiérese á un tifoideo que inicia su enfermedad hace ocho días. Suero-reacción positiva. La temperatura local con respecto á la axilar fué una vez igual, dos veces superior en 0.1 y una vez inferior en 0.2.

La observación núm. 3, fué una tifoidea con congestión pulmonar. Suero-reacción positiva. La temperatura local con respecto á la axilar fué siempre inferior en 0.5, 1° 1, 1° y 0.9. Este caso es parecido á otro que presentamos en el estudio definitivo ; posteriormente discutiremos la observación.

La observación núm. 4, es otra tifoidea con suero-reacción positiva. Como puede verse en el cuadro, la temperatura local fué constantemente superior que la axilar : dos veces en 0.3 y otras dos en 0.2.

La observación núm. 5, refiérese á una bronconeumonía. Es interesante constatar que las temperaturas locales fueron siempre inferiores á las axilares en 1°, 0.8, 0.8 y 0.9 ; vale decir, que la fórmula es inversa á la que constatamos en la fiebre tifoidea.

Como puede verse, poco interesante podría sacarse de esta primera parte de nuestro trabajo ; sin embargo, un hecho aparece más ó menos claro : *La temperatura local es ligeramente igual ó superior á*

*la axilar en los tifoideos, mientras que esta última es muy superior en otros procesos.*

En obsequio á la brevedad del trabajo, dejamos de publicar una serie de estudios posteriores, en los cuales hemos colocado dos termómetros en el abdomen y uno en la axila, porque, á pesar de ser más interesantes, queremos, de una vez, llegar á la parte definitiva de este trabajo, para no fatigar al lector.

**Estudio definitivo** — Cuando se nos ocurrió usar dos termómetros colocados en diferentes lugares del abdomen, nos convencimos de algo que teníamos pensado : la temperatura no se reparte uniformemente sino que lo hace más ó menos intensamente, según las regiones. Decidimos entonces colocar tres termómetros : uno en la intersección de las líneas media y bilíaca ; los otros dos, en el medio de una línea, tanto para la derecha cuanto para la izquierda, que uniera la espina ilíaca ántero-superior al ombligo. Colocamos además dos termómetros axilares, uno en cada axila, y un termómetro rectal.

Los termómetros colocados en el abdomen fueron aplicados contra la pared, á través de la camisa del niño, por nuestros dedos, habiendo cuidado especialmente cubrir al niño y no apoyar nunca en el depósito de mercurio, sino á dos ó tres centímetros más arriba, para evitar cualquier error. Los hemos

colocado siempre simultáneamente, lo que nos hacía difícil el sostenerlos, pero nos daba una garantía más de perfección.

Si hubiéramos contado con termómetros locales, fáciles de tener aplicados, no nos hubiéramos contentado con tres temperaturas, hubiéramos tomado seis por lo menos, con lo cual, seguramente, este trabajo sería aún más completo.

En los cuadros que siguen, donde quedan resumidas algunas de nuestras observaciones (publicarlas todas, sería no acabar), tenemos siempre en cuenta las temperaturas más altas, tanto axilares como locales. Debajo de cada una de ellas haremos el resumen correspondiente, dejando para más adelante un breve estudio de conjunto con las conclusiones que nos parezca deber sacar.

**FIEBRE TIFOIDEA**

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas local mayor y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
37.9	38.2	37.8	37.8	37.8	38.2	0.4	—	—	39.1	1.3	0.9
38.6	38.5	38.5	38.2	38.1	38.6	0.1	—	0.1	39.2	1.	0.6
38.4	38.4	38.3	38.1	38.2	38.4	0.2	—	0.1	39.	0.8	0.6
38.7	38.8	38.6	38.4	38.4	38.8	0.4	—	—	39.3	0.9	0.5
39.	39.1	38.9	38.6	38.6	39.1	0.5	—	—	39.2	0.6	0.1
38.8	38.7	38.7	38.3	38.2	38.8	0.5	—	0.1	39.	0.7	0.2
40.	40.1	40.1	39.8	39.9	40.1	0.2	—	0.1	40.5	0.6	0.4
39.3	39.5	39.4	39.	39.	39.5	0.5	—	—	39.7	0.7	0.2

**A. G., 9 años.**—Hacen ocho días que empezó su afección con temperatura, anorexia, etc. síntomas que persisten á su ingreso. Al examen: cuadro tifoideo. Suero reacción positiva.

En este caso, hemos obtenido temperaturas locales constantemente superiores á las axilares: 3 veces en 0.5, 3 veces en 0.4 y 2 veces en 0.2.

## FIEBRE TIFOIDEA

Temperaturas locales				Temperaturas axilares			Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas local mayor y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda									
38.9	38.8	38.5	38.2	38.		38.9	0.7	—	0.2	39.2	1.	0.3	
39.2	39.1	39.1	38.7	38.6		39.2	0.5	—	0.1	39.4	0.7	0.2	
39.2	39.1	39.	38.7	38.8		39.2	0.4	—	0.1	39.5	0.7	0.3	
38.6	38.5	38.5	38.5	38.4		38.6	0.1	—	0.1	39.4	0.9	0.8	

**V. C., 8 años.**—Después de 15 días de apirexia, el niño vuelve al hospital con una recaída de su fiebre tifoidea. Suero reacción positiva.

La temperatura local fué constantemente superior á la axilar en 0.7, 0.5, 0.4 y 0.1

FIEBRE TIFOIDEA

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas rectal y rectal	Diferencia entre las temperaturas local mayor y rectal
Derecha	Medio	Esquiteria	Derecha	Izquierda							
37.7	37.8	37.7	37.1	37.3	37.8	0.5	—	0.2	38.	0.7	0.2
38.	38.	37.9	37.7	37.4	38.	0.3	—	0.3	38.6	0.9	0.6
39.3	39.5	39.4	39.	38.9	39.5	0.5	—	0.1	39.6	0.6	0.1
38.8	38.9	38.9	38.4	38.4	38.9	0.5	—	—	39.1	0.7	0.2

**X. F., 9 años.**—El niño hace una tifoidea de marcha regular en el Hospital. Suero reacción positiva. Después de una semana de apirexia y estando levantado el enfermo, se eleva repentinamente la temperatura hasta 39°. Nos planteamos la pregunta si será una recaída y nos contestamos afirmativamente porque la temperatura local era superior en 0.5 á la axilar. Por la mañana del día siguiente, la temperatura cae á 37.3 y ya creíamos local nos engañado, cuando por la tarde del mismo día y por seis días consecutivos la temperatura oscila entre 37.2 y 38.5 para bajar después paulatinamente á la normal.

FIEBRE TIFOIDEA

Derecha	Temperaturas locales			Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia en- tre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia en- tre las tempe- raturas axi- lar y rectal	Diferencia en- tre las tem- peraturas lo- cal mayor y rectal
	Temperaturas axilares									
	Medio	Izquierda	Derecha							
39.	38.9	38.9	38.9	39.	—	—	0.1	39.5	0.5	0.9
38.2	38.5	38.5	38.5	38.5	—	—	0.1	38.8	0.3	0.3
37.7	38.	37.9	37.6	38.	0.4	—	0.1	38.4	0.8	0.4
39.1	39.5	39.4	38.3	39.5	1.	—	0.2	39.5	1.	—
39.5	39.8	39.6	39.2	39.3	0.5	—	0.1	40.	0.7	0.2
38.7	38.8	38.8	38.4	38.3	0.4	—	0.1	38.8	0.4	—
39.8	39.7	40.1	39.6	39.5	0.5	—	0.1	40.3	0.7	0.2
38.8	38.8	39.	38.8	39.	0.2	—	0.1	39.4	0.6	0.4
38.9	39.3	39.	38.2	38.3	1.	—	0.1	39.3	1.	—

**J. C., 9 años.**—A su entrada lleva 8 días de enfermedad con temperatura, cefalalgia, constipación, etc. Cuadro tifoideo. Suero reacción positiva.

En este caso, hemos tomado 9 veces temperaturas locales con el siguiente resultado (véase el cuadro): la temperatura local fué superior á la axilar: dos veces en un grado, dos veces en 0.5, dos veces en 0.4, una vez en 0.2; dos veces no hubo diferencia. 3 veces la temperatura local fué igual á la rectal.

FIEBRE TIFOIDEA

Temperaturas locales			Temperaturas axilares			Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas local mayor y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda								
39.5	39.6	39.6	39.4	39.5	39.6	0.1	—	0.1	39.8	0.3	0.2	
39.4	39.3	39.3	39.4	39.3	39.4	—	—	0.1	40.	0.6	0.6	
39.5	39.7	39.7	39.5	39.4	39.7	0.2	—	0.1	40.4	0.9	0.7	
39.9	40.1	40.1	39.8	39.7	40.1	0.3	—	0.1	40.4	0.6	0.3	
39.7	39.9	39.7	39.9	39.9	39.9	—	—	—	40.5	0.6	0.6	
39.3	39.4	39.7	39.3	39.4	39.7	0.3	—	0.1	39.6	0.2	-0.1	

P. S., 12 años.—Cuadro tifoideo. Suero reacción positiva.

En este caso las temperaturas locales fueron: una vez 0.1, una vez 0.2, dos veces 0.3 mayores que la axilar. Dos veces fueron iguales y una vez se dió el caso curioso que la temperatura local fuera mayor en 0.1 que la rectal.

FIEBRE TIFOIDEA

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
37.9	38.2	38.2	38.	37.9	38.2	0.2	—	0.1	39.3	1.3	1.1
37.9	38.	38.1	37.5	37.6	38.1	0.5	—	0.1	39.	1.4	0.9
39.2	39.3	39.5	39.3	39.1	39.5	0.1	—	0.1	39.8	0.4	0.3
38.5	39.	39.2	38.9	38.5	39.2	0.3	—	0.1	40.	1.1	0.8

E. P., 11 años. -- Cuadro tifoideo. Suero reacción positiva.  
 Las temperaturas locales fueron siempre mayores que las axilares en 0.5, 0.3, 0.2 y 0.1.

FIEBRE TIFOIDEA

Derecha	Temperaturas locales		Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre la temperatura rectal y la temperatura axilar	Diferencia entre la temperatura rectal y la temperatura local mayor
	Miembro	Izquierda	Derecha	Izquierda							
38.2	38.3	38.4	38.4	38.3	38.4	—	—	0.1	38.8	0.4	0.4
38.6	38.4	38.	38.1	38.	38.6	0.5	—	0.1	38.6	0.5	—
39.	38.8	38.8	37.8	37.8	39.	1.2	—	—	38.8	1.	-0.2

**A. Q., 5 años.**—Esta niña es examinada por primera vez por el autor en el consultorio de guardia. Traía como antecedentes dos ó tres días de enfermedad y constipación; ningún otro síntoma se reveló á la observación. Tomada la temperatura local constatamos que era ésta superior en 0.5 á la temperatura axilar. Permisión asegurar á la familia que se trataba de una fiebre tifoidea.

Por la mañana siguiente, no habia diferencia entre las temperaturas axilares y local; pero por la tarde constatamos una cifra muy alta: 1.2 á favor de la temperatura local. En la sala respectiva, 48 horas de observación y un purgante de calomel, que no hace caer mayormente la temperatura, inducen á creer en tifoidea, sin poder asegurarlo, por cuanto la inexistencia de síntomas era casi total. Posteriormente la Siero reacción de Widal fué positiva.

*Nos habíamos adelantado en más de 18 horas á la clínica ordinaria.... ni que hablar del laboratorio!*  
Digno es de hacerse notar que en una observación la temperatura rectal fué igual á la local y que en otra ésta fué mayor de 0.2.

FIEBRE TIFOIDEA

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
39.3	39.2	39.3	39.1	39.2	39.3	0.1	—	0.1	40.	0.8	0.7
39.1	39.	39.2	39.2	39.1	39.2	—	—	0.1	39.7	0.5	0.5
39.2	39.3	39.	39.	39.1	39.3	0.2	—	0.1	39.7	0.6	0.4
37.8	37.9	38.2	38.	37.9	38.2	0.2	—	0.1	38.6	0.6	0.4
39.2	39.	39.4	39.5	39.4	39.4	—	0.1	0.1	39.9	0.4	0.5

E. O., 6 años.—Cuadro tifoideo. Suero reaccion positiva.

En este caso, la temperatura local fué con respecto á la axilar: dos veces superior en 0.2, una vez en 0.1, una vez no hubo diferencia y una vez fué inferior en 0.1. Estas diferencias tan escasas tienen su explicación, nos ocuparemos de ellas en su tiempo y lugar.

### FIEBRE TIFOIDEA

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y local	Diferencia entre las temperaturas mayor y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
38.5	38.6	38.7	38.5	38.6	38.7	0.1	—	0.1	39.2	0.6	0.5
38.9	38.6	38.9	38.9	38.9	38.9	—	—	—	39.5	0.6	0.6

**J. C. D., 5 años.**—Cuadro tifoideo. Vientre suavecito timpánico. Suero reacción positiva. Este caso ingresa al servicio con diagnóstico de bronco neumonía. En realidad el cuadro se prestaba a una confusión, pues, una lluvia de rales finos llenaba ambos pulmones. El médico que lo enviara sostenía ese diagnóstico del que participó el practicante mayor de guardia.

La temperatura local fué en ese momento superior en 0.1 que la axilar, á pesar del timpanismo exagerado que en ese momento existía. Este pequeño dato unido á un apenas perceptible hazo hizo que nuestro diagnóstico vivara hacia una fiebre tifoidea (que la suero reacción se encargó de confirmar) unida á intensa bronquitis generalizada. Como en este enfermo hicimos *vacunotherapy*, suspendimos las observaciones.

## NEUMONIA IZQUIERDA

(Contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea)

Temperaturas locales		Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y local	Diferencia entre las temperaturas local mayor y local
		Derecha	Izquierda							
39.	39.4	39.2	39.7	39.1	—	0.7	0.4	40.6	0.5	1.2
38.5	38.5	38.2	38.7	38.5	—	0.8	0.6	40.2	0.9	1.7
38.	37.9	37.9	38.	38.	—	0.3	0.3	38.8	0.5	0.8

**E. C. 7 años.**—Temperaturas axilares superiores a las locales en 0.8, 0.7 y 0.3. Diferencia entre las dos axilares y a favor de la izquierda 0.4, 0.6 y 0.3.

La última temperatura fué tomada durante la defervescencia.

Este caso es sumamente interesante. Según lo que teníamos pensado y deducido después de tomar algunos conteos de temperaturas locales de abdomen, la neumonía debía ofrecer a la observación: 1º temperaturas axilares, en mucho superiores a las locales de vientre; 2º temperatura axilar superior del lado afectado.

Este único y precioso caso que contamos entre nuestras observaciones (mucho tiempo hace que neumonías no se presentan en el Hospital de Niños) hace ver que estábamos en la razón.

Nuestro estudio permitirá, pues, en lo sucesivo, zanjarse rápidamente un difícil diagnóstico diferencial, evitando los numerosos errores que se cometen a diario (véase el cuadro)

## FIEBRE TIFOIDEA Y CONGESTIÓN PULMONAR

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas local mayor y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
39.2	39.	39.2	40.1	39.8	39.2	—	0.9	0.3	40.5	0.4	1.3
39.3	39.	39.	39.9	39.5	39.3	—	0.6	0.4	40.3	0.4	1.
39.4	38.9	39.4	39.9	39.6	39.1	—	0.5	0.3	40.2	0.3	0.8
39.3	39.	39.	39.9	40.	39.3	—	0.7	0.1	40.2	0.2	0.9
39.2	39.2	39.4	38.7	39.2	39.4	0.2	—	0.5	39.8	0.6	0.4
38.7	38.8	38.8	40.3	39.8	38.8	—	1.5	0.5	40.7	0.4	1.9
39.2	39.3	39.4	39.4	39.3	39.4	—	—	0.1	40.2	0.8	0.8

**J. A., 4 años.**—Hacen 8 días que comenzó la enfermedad con temperatura, tos, anorexia. Hacen 3 días que no mueve el vientre. Este caso fué muy interesante.

A la simple inspección, notábase disnea pronunciada, había tos y temperatura, que como puede verse en el cuadro, era bastante elevada tocando por la tarde y á veces por la mañana los 40°. Se piensa en un proceso pulmonar, más no se encuentra el foco. En este momento la temperatura axilar era mayor de 0.9 que la local; su axilar derecha llegó á ser hasta 0.5 mayor que la izquierda.

21 horas después de estar en el servicio, un soplo y rales finos se hicieron notar en el pulmón derecho. Cinco días después se constata que las temperaturas axilares son sensiblemente iguales y que la temperatura local iguala y luego se hace mayor en 0.2 que la temperatura axilar. Esto pasaba conjuntamente con la desaparición del proceso pulmonar.

Llamándonos este último hecho poderosamente la atención, ordenamos la Suero reacción de Widal, la que resulta francamente positiva. El niño cura.

## MENINGITIS BACILOSA

### (Contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea)

Temperaturas locales		Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas local mayor y rectal
		Derecha	Izquierda							
38.6	37.4	38.7	39.6	38.7	—	1.	0.1	40.3	0.5	1.5
39.	38.3	39.2	39.7	39.2	—	0.5	0.1	40.1	0.4	0.9

**A. B., 9 años.**—Cuadro meningeo. La autopsia confirma el diagnóstico clínico.

La temperatura local ha sido en este caso, una vez de 1° y otra vez de 0.5 menor que la axilar. Nótese también que la diferencia entre las temperaturas locales extremas ha sido de 1.3 y 0.9, dato que nos parece, tiene su importancia. No se tomaron más temperaturas porque la niña fallece.

**MENINGITIS CEREBRO ESPINAL EPIDEMICA**  
(Contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea)

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilares y rectal	Diferencia entre las temperaturas locales y rectal
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
38.8	37.9	37.4	38.8	39.	38.8	—	0.2	0.2	39.1	0.1	0.3
38.5	37.8	37.2	38.7	38.9	38.5	—	0.4	0.2	39.	0.1	0.5

**N. C., 17 meses.**—Cuadro meningeo. La autopsia confirma el diagnóstico clínico. Se inicia la enfermedad con fiebre algo elevada y vómitos; hubo desde un comienzo rigidez de nuca. Por haber fallecido la niña presentamos las dos últimas observaciones que pudieron hacerse. Como puede notarse las temperaturas locales fueron inferiores en 0.2 y 0.1 con respecto a las axilares; pero hay más y digno de llamar la atención: la temperatura local derecha, fué en las dos ocasiones, superior en 1.4 y 1.3 que la respectiva izquierda. Si se observa el cuadro de A. B, fallecida de una meningitis bacilosa, podrá también constatarse que ha habido una buena diferencia entre las temperaturas locales de abdomen, dato á tenerse en cuenta, pues parece habitual en las meningitis de cualquier naturaleza que ellas sean. Una vez más, pues, nuestro estudio permitirá zanjar rápidamente otro común, y á veces, complicado diagnóstico diferencial.

FIEBRE TIFOIDEA Y MENINGISMO

Temperaturas locales			Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre la temperatura rectal y la temperatura axilar	Diferencia entre las temperaturas rectal y mayor
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda							
38.3	38.4	38.	37.8	37.7	38.4	0.6	—	0.1	38.2	0.4	-0.2
38.3	38.3	38.1	37.7	37.8	38.3	0.5	—	0.1	37.6	-0.2	-0.7
38.5	38.4	38.3	38.	38.1	38.5	0.4	—	0.1	38.5	0.4	—

**R. C., 5 años.**—Ingresó al servicio con 25 días de enfermedad, con temperatura y rigidez de la nuca. No se constata ningún signo de fiebre tifoidea; la facies no es la de un doudenérico, no hay roseola, bazo ni hígado; hay constipación enérgica, á tal punto, que un purgante de calomel queda sin efecto. Constatase en cambio: posición meníngea mitigada, rigidez de la nuca poco pronunciada, signo de la nuca de Brudzinsky, aniso-corea, persea pupilar, lo que unido á su constipación y á su vientre en baten, hizo inclinár el diagnóstico hacia una meningitis de probable naturaleza bacilar.

En este momento la temperatura local de vientre fué superior á la temperatura rectal en 0.2 y en 0.6 de la axilar. Desconcertado, pues, creia firmemente en un proceso meníngeo, practico la punción lumbar y ordeno el análisis del liquido extraído, conjuntamente con uno de sangre pidiendo Widal. Para terminar: la suero reacción de Widal fué positiva: el análisis del liquido cáfalo raquideo, sin resultado. *Nótese bien que en este caso el único signo que decia tifoidea fué la temperatura local; ella sola hizo nacer el diagnóstico de meningitis; lo hubiera hecho caer si le hubieramos depositado como actualmente toda nuestra confianza.*

Dos palabras más: en una observación la temperatura local fué igual á la rectal y en los otros dos, esta fué inferior en 0.2 y 0.7. Esta última cifra sorprende, pues la temperatura rectal fué tambien inferior á la axilar, siendo ésta de 37.8 y aquélla de 37.6. La observación fué rigurosa, tres termómetros fueron sucesivamente colocados con el mismo resultado. Las observaciones deben suspenderse porque la temperatura cae y el niño cura.

### ENTERO - COLITIS DISENTERIFORME

( Contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea )

Temperaturas locales		Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la axilar	Diferencia entre ambas temperaturas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas local y rectal
		Derecha	Izquierda							
Derecha	Medio	Izquierda	Derecha	Izquierda						
39.2	39.1	39.1	40.	39.9	39.2	0.8	0.1	40.2	0.2	1.

**L. A., 19 meses.**—Niña vista por el autor en el consultorio de guardia; diagnóstico sencillo que la observación posterior no hizo sino confirmar.

El día de la observación, como puede verse en el cuadro, hizo ver que la temperatura local era *inferior* en 0.8 con respecto á la temperatura axilar. Como la temperatura cedió con el tratamiento instituido no pudimos hacer más observaciones.

Este caso lo presentamos como contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea.

### DISPEPSIA GASTRO INTESTINAL

(Contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea)

Temperaturas locales		Temperaturas axilares		Temperatura local mayor	Diferencia a favor de la temperatura local	Diferencia a favor de la temperatura axilar	Diferencia entre ambas axilares	Temperatura rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal	Diferencia entre las temperaturas axilar y rectal
Derecha	Medio	Derecha	Izquierda							
37.8	37.6	38.6	38.5	38.	—	0.6	0.1	38.3	0.7	1.3

**J. S., 18 meses.** — Este niño inarechaba hacia la curación, cuando de golpe, la temperatura sube a 38.6 en la axilla. La temperatura local da 0.6 a favor de la axilar.

### REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO

(Contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea)

37.	37.7	38.	38.1	37.7	—	0.1	0.1	38.8	0.7	1.1
38.3	38.5	39.5	39.6	39.	—	0.6	0.1	40.5	0.9	1.5

**J. B., 11 1/2 años.** — Las dos observaciones que se hicieron enseñaron temperaturas axilares superiores a las locales de abdomen.

**Discusión** — Cincuenta observaciones de los cuadros que anteceden pertenecen á la fiebre tifoidea. He aquí, en conjunto, los resultados que hemos obtenido :

**FIEBRE TIFOIDEA**

Temperatura local superior en 1.2 á la axilar.....	1
» » » » 1 » » » .....	2
» » » » 0.7 » » » .....	1
» » » » 0.6 » » » .....	1
» » » » 0.5 » » » .....	12
» » » » 0.4 » » » .....	7
» » » » 0.3 » » » .....	4
» » » » 0.2 » » » .....	8
» » » » 0.1 » » » .....	7
» » » » igual..... » » » .....	6
» » » » inferior en 0.1 » » » .....	1
	50

Resulta, pues, que el 86 % de las observaciones dan superioridad á la temperatura local, correspondiendo un 12 % á temperaturas iguales y apenas un 2 % á temperaturas inferiores á la temperatura axilar.

En cambio, en las diversas afecciones en las cuales tomáramos temperaturas locales, el resultado ha sido muy distinto.

**DIVERSAS AFECCIONES**

Temperatura axilar superior en 1.05 á la local.....	1
» » » » 1. » » » .....	1
» » » » 0.9 » » » .....	1
» » » » 0.8 » » » .....	2
» » » » 0.7 » » » .....	2

Temperatura axilar superior en 0.6 á la local.....	3
» » » » 0.5 » » » .....	2
» » » » 0.4 » » » .....	2
» » » » 0.3 » » » .....	1
» » » » 0.2 » » » .....	1
No hubo diferencia.....	1

Como puede observarse, el 100 % de las observaciones dan temperaturas axilares superiores á las locales. Bien es cierto que en un caso no hubo diferencia ; pero debe tenerse en cuenta que casualmente se obtuvo ese resultado en una fiebre tifoidea con congestión pulmonar, y cuando ya había declinado este último proceso ; vale decir, pues, que esa observación no altera en nada nuestra estadística.

Pero hay más, y nótese bien : en aquellas afecciones que á diario suelen confundirse con la fiebre tifoidea, hemos obtenido resultados, que á fuer de importantes, debemos siquiera someramente, analizar. Es así que la neumonía, afección de difícil diagnóstico en el niño, ofrece para su estudio un cuadro termométrico local que se aleja tanto del de la fiebre tifoidea que de hoy en más el error se hará, sino imposible, por lo menos extraordinariamente raro.

En efecto, la termometría local de abdomen es muy inferior con respecto á la axilar ; á la que constatamos en la dotienteria. Si se echa una ojeada á los cuadros núms. 12 y 13, el uno, una neumonía, el otro, una tifoidea con congestión pulmonar, y se

recuerda la observación núm. 3 de nuestros primeros estudios, no sólo se constatarán entre ellos analogías fáciles de poner en evidencia, sino que deberá reconocerse, la profunda diferencia que separa la termometría local de esos casos con aquellos de fiebre tifoidea.

Como puede verse en los cuadros respectivos, en esos casos han habido siempre temperaturas axilares en mucho superiores á las locales de abdomen y diferencias entre las temperaturas axilares derecha é izquierda, que han variado entre 0.1 y 0.6 (una vez 0.6, dos veces 0.5, dos veces 0.4, tres veces 0.3 y dos veces 0.1).

En la fiebre tifoidea la inmensa mayoría de observaciones, sólo ponen de manifiesto diferencias de 0.1 (tres veces 0.2 y una vez 0.3) entre ambas temperaturas axilares.

Las diferencias más grandes (0.2 y 0.3) son extraordinariamente raras y no las hemos constatado sino en los pocos casos que mencionamos, debiendo hacer presente que son innumerables las temperaturas que tomáramos en la fiebre tifoidea con motivo de este estudio.

Por consiguiente, las diferencias entre las temperaturas axilares que lleguen ó pasen de 0.3 (y aún de 0.2) tienen para nosotros un valor capital para excluir el diagnóstico de fiebre tifoidea. Es natural

que dejamos de lado aquellos casos en que la exclusión no es posible : nos referimos á los casos de fiebre tifoidea que se acompañan de neumonía ; por fortuna extremadamente raros.

Más aún : pensamos nosotros que cuando esta diferencia entre ambas temperaturas axilares es acentuada (0.3 ó más), es evidente que un proceso congestivo en un pulmón está en juego y precisamente del lado de mayor temperatura.

En las meningitis, á juzgar por nuestras observaciones, la temperatura axilar es siempre superior, constatándose además diferencias acentuadas entre las temperaturas locales extremas. Este dato, tiene su importancia, pues las diferencias, tratándose de fiebre tifoidea, no suben sino excepcionalmente de 0.4, lo que puede verse en el siguiente cuadro :

**FIEBRE TIFOIDEA**

Diferencia entre las temperaturas locales extremas de	0.1	..	14	veces
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»
»	»	»	»	»

(1) 50 Obs.

Y téngase en cuenta que siempre que las diferencias entre las temperaturas locales máxima y mí-

(1) En cuanto á saber en que parte del abdomen predomina la temperatura local, nuestros cuadros muestran mucha anarquía, y no podemos aún sacar conclusiones precisas.

nima (extremas) ha sido superior de 0.4, la temperatura local ha sido mayor, á veces en mucho, á la axilar, motivo por el cual la confusión con las meningitis se hace difícil, dado que éstas presentan, como ya lo hemos dicho, temperaturas axilares superiores á las locales de abdomen. Por otra parte, las diferencias entre las temperaturas locales extremas que constatáramos en las meningitis, han sido de 1.4, 1.3, 1.3 y 0.9, muy superiores, como se ve, á las observadas en la fiebre tifoidea.

Pero hay más : aunque hayan sido constatadas diferencias hasta de 0.8 (1 vez) entre las temperaturas locales máxima y mínima en la fiebre tifoidea, debe saberse que son inconstantes y que nunca las hemos observado dos veces seguidas ; muy al contrario de lo que ha pasado en los casos de meningitis que publicamos, en que la diferencia se ha mostrado cada vez que hacíamos observaciones.

En las diversas afecciones que figuran en este trabajo como contribución al diagnóstico de la fiebre tifoidea, hemos constatado siempre temperaturas axilares superiores ; no es nuestro ánimo pasarlas en revista, porque una rápida excursión por los cuadros que anteceden ilustrará fácil y completamente.

No nos hemos ocupado de la termometría local en afecciones que por lo diversas jamás pueden confundirse con la tifoidea, más que como contribución

á este estudio. De éstas, en los cuadros que anteceden existen algunas.

Por esta misma razón hemos excluído de nuestro trabajo muchas afecciones, ya médicas, ya quirúrgicas ; pero cabe al mismo tiempo declarar que no todo está hecho y que sería interesantísimo golpear á las puertas de una tifo bacilosis ó de otras afecciones confundibles con la fiebre tifoidea (1), para obtener, así lo deseamos, que la termometría local facilite diagnósticos hoy muy difíciles. No nos han tocado en suerte tales enfermos ; no podemos, por consiguiente, adelantar ninguna conclusión.

Convencidos estamos que la termometría local nos depara algunas sorpresas, y es en virtud de eso que declaramos que no nos dormiremos en la brecha y que futuros trabajos dirán todo lo que puede dar este interesantísimo estudio.

Por de pronto, y hasta nueva orden, creemos que dos diagnósticos difíciles se simplificarán merced á la termometría local de abdomen ; si así fuera en todos los casos, como no podemos menos de esperar-lo, estaríamos de sobra compensados por el trabajo que este estudio nos cuesta.

---

(1) Ultimamente hemos constatado que la *osteomielitis* presenta temperatura axilar muy superior á la local.—Esperamos pues, que otro, á veces difícil, diagnóstico diferencial, se facilite con nuestro signo.

Para terminar debemos hacer presente que el timpanismo, muy frecuente en la tifoidea, y la gordura, suelen hacer disminuir las cifras de la termometría local. Tal ha pasado en muchas observaciones en que las temperaturas axilar y local han sido iguales, ó aún aquélla superior á ésta en 0.1, ó lo que es mucho más raro en 0.2.

Terminamos pues, y al hacerlo así, sólo pedimos que nuestros estudios sean ratificados ó, si hay lugar, rectificadas por nuevos trabajos; pedimos en suma, que no se los niegue sin previo control.

**Conclusiones** — 1° En la inmensa mayoría de observaciones, la termometría local de abdomen en la fiebre tifoidea enseña temperaturas superiores á las que se constatan en la axila.

2° En las otras afecciones que estudiáramos el 100 % de observaciones enseñan temperaturas axilares más altas.

3° En la neumonía existen temperaturas axilares más altas en mucho y acentuadas diferencias termométricas entre ambas axilares y á favor del pulmón afectado (1).

4° En las meningitis, la termometría local de abdomen enseña notables diferencias entre las tem-

(1) En prensa este trabajo, hemos tenido ocasión de ver confirmados éstos resultados en dos nuevos enfermitos.

peraturas máxima y mínima de la misma observación, con un carácter de constancia que no ofrece la fiebre tifoidea, y temperaturas axilares superiores (1).

En cuanto al diagnóstico diferencial de la fiebre tifoidea por la termometría local, las siguientes conclusiones resultan de nuestro trabajo :

1º Cuando la temperatura local de abdomen sea igual á la axilar, la fiebre tifoidea es *probable* (2).

2º Cuando la temperatura local de abdomen sea superior á la axilar en 0.3, la fiebre tifoidea es *casi segura*.

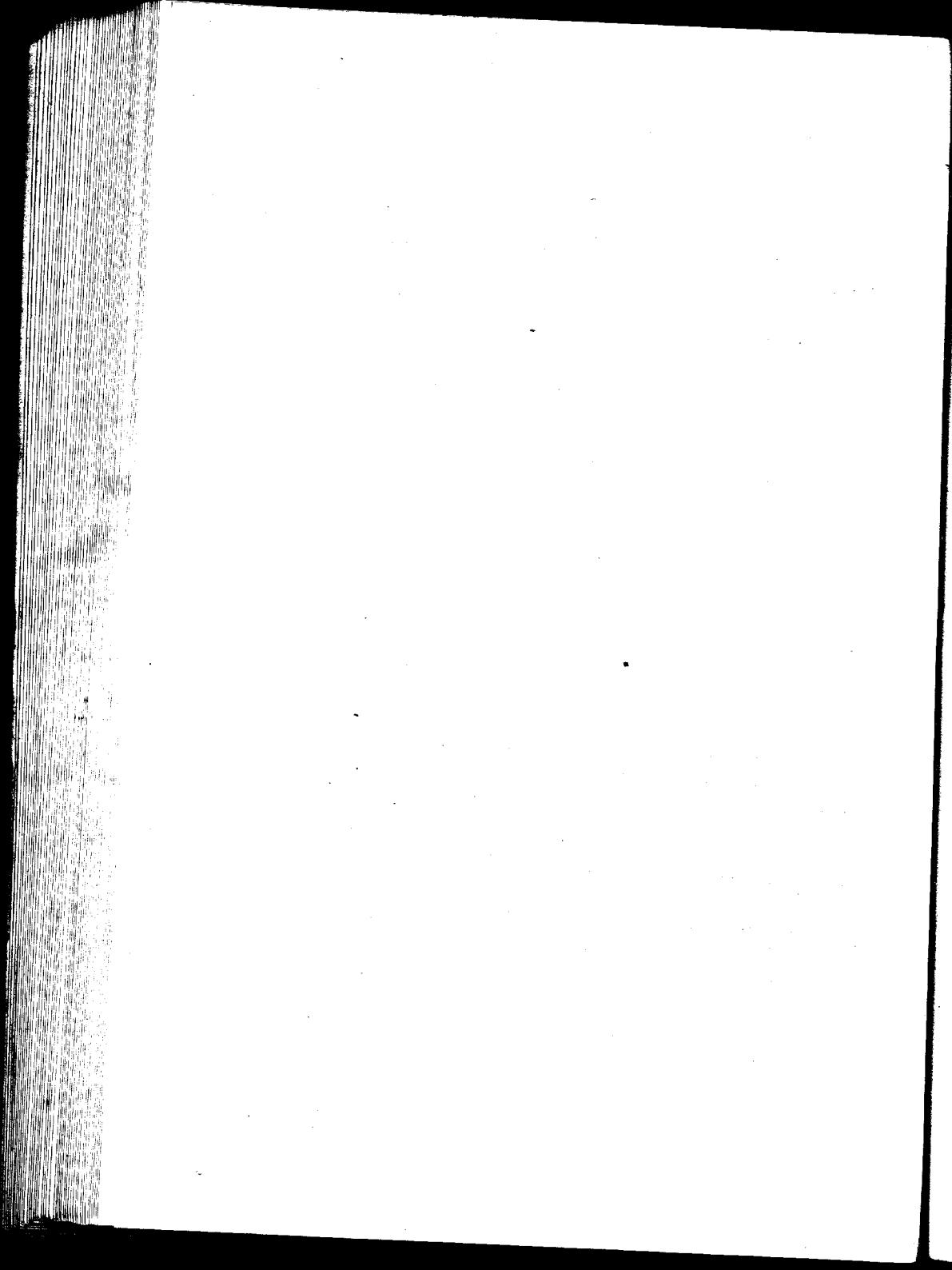
3º Cuando la temperatura local de abdomen sea superior á la axilar en más de 0.3, la fiebre tifoidea es *segura*.

4º Cuando la diferencia entre ambas temperaturas axilares pase de 0.3, la fiebre tifoidea debe ser *excluída*, á menos que esta afección vaya unida á una neumonía y siempre que la temperatura local de abdomen sea inferior.

---

(1) La termometría local en las meningitis debe estudiarse más á fondo: en prensa éste trabajo hemos estudiado dos nuevos enfermos de meningitis bacilosa con el siguiente resultado: en el primero constatamos temperatura local de abdomen superior, con diferencia acentuada entre las máximas y mínimas de la misma observación y en el segundo persistencia de temperaturas axilares superiores, pero sin acentuadas diferencias entre las máximas y mínimas de la temperatura local de abdomen.

(2) Cuando el meteorismo es intenso ó existe pániculo adiposo, la constatación de temperaturas locales de abdomen inferiores, no excluye la fiebre tifoidea.



## COMPLICACIONES DE LA FIEBRE TIFOIDEA

Los tifoideos están sujetos á numerosas complicaciones, casi todas graves, porque encuentran al organismo, en las peores condiciones de defensa. Ellas son, las que en la mayoría de casos, llevan á los sujetos á la muerte. Las más comunes, y por las cuales comenzaremos, son la hemorragia y la perforación intestinales.

ENTERORRAGIA — Rara al comienzo de la afección, sobreviene con frecuencia al fin de la segunda ó al comienzo ó en el curso de la tercera semana; abundante, en algunos casos ha podido traer la muerte en poco tiempo, en otros, los más, son menos copiosas y se hacen menos temibles; á pesar que una hemorragia no siendo más que un signo del proceso ulceroso que se verifica en el intestino, debe hacernos temer una peritonitis ó una perforación (Penna).

La enterorragia, cuando aún no se ha hecho diagnóstico, es un hecho que milita en favor de la tifoidea, aunque pueden producirla : el cólera, la tuberculosis, la disenteria, el carbunco intestinal, la invaginación intestinal y la úlcera del duodeno (Penna).

Cuando es mínima dá pocos signos : se la ve en las deposiciones (melena) ; cuando es abundante, se encuentran tanto más signos, cuanto mayor es ; aparece al exterior y hace el diagnóstico por sí sola ; ó bien se observa descenso brusco de la temperatura á, ó por debajo de la normal y frecuencia del pulso tanto mayor cuanto más copiosa la hemorragia ; en suma, algunas veces se observan todos los signos de las hemorragias internas, vértigos, ruidos de oídos, enfriamiento, palidez de los tegumentos y sobre todo pulso rápido y descenso térmico considerable.

La mayor parte de los tifoideos que tienen enterorragias son susceptibles de curar sometidos á un buen tratamiento, lo que no quiere decir, que pensemos como Trousseau cuando miraba á esta complicación como un signo favorable (Penna).

Esto último es cierto en algunos casos, pues cae la temperatura y el enfermo entra en convalecencia ; todo ocurre entonces como si esa hemorragia hubiera dado salida á las toxinas que aniquilaban el organismo.

Pero esto, agrega Penna, no es lo normal ; esta complicación debe mirarse como grave : 1º, porque sobreviene en un individuo en pésimas condiciones ; 2º, porque puede ser el « aviso » de una perforación y 3º, porque ella sola puede bastarse para matar.

En los niños, el proceso tifoideo conduce raramente á la producción de enterorragias.

Por último, un signo premonitor, que puede hacer preveer una enterorragia : el pulso pierde su dicrotismo (Bouchard) ó en otros términos, la tensión arterial se eleva momentáneamente (Teissier).

PERFORACION INTESTINAL - - Se la observa más frecuentemente en las formas graves y en el curso de la tercera, cuarta ó quinta semana, algunas veces antes.

Es raro, que estalle con todo el cortejo sintomático y alarmante de una peritonitis ; aquí todavía debe tenerse en cuenta que el atacado de tifoidea es casi un insensible, que ya no sabe experimentar dolores, cual un sano.

Sin embargo, algunos signos son de suficiente constancia para sentar diagnóstico : ante todo, debe mencionarse el *hipo* que es un excelente signo de irritación peritoneal, y tan excelente es, que obliga á la expectativa armada y algunas veces á la intervención enérgica del cirujano.

Le siguen en importancia un dolor localizado que luego se generaliza, un chучo violento y vómitos que pronto se hacen porráceos ; el meteorismo abdominal se pronuncia, el pulso se hace rápido y depresible, la temperatura cae y no se eleva, ó lo hace muy lentamente.

La facies peritoneal se acusa y el enfermo sumido en el colapso, termina en pocas horas. Su pronóstico, es pues, gravísimo. Digno es de citarse aquí, un caso que hemos seguido de cerca en el Muñiz, que hizo una media docena de enterorragias, que tuvo hipo persistente, y que logró curar. A propósito de este enfermo, el doctor Penna plantea la cuestión de si deben operarse sujetos en tan miserables condiciones y llega á la conclusión que la intervención está indicada aunque haya una sola probabilidad de vida. Aconseja se hagan previamente fuertes inyecciones endovenosas de suero artificial é intervenir en cuanto el pulso muestre el momento propicio.

MICCARDITIS -- Examinen siempre atenta y sistemáticamente el corazón de los tíficos (Penna).

Es un consejo de gran valor, pues la miocarditis constituye la complicación más seria para la vida del sujeto. Si se une á ésto que muchas veces faltan signos funcionales que llamen la atención, se llegará á la misma conclusión que el doctor Penna.

La auscultación permite comprobar la disminución de intensidad del primer ruido y á veces su desaparición ; más tarde, el segundo ruido sigue la misma evolución. Algunas veces, soplos funcionales hacen su aparición.

La embriocardia y la arritmia son de pronósticos sombríos. El pulso permite comprobar la miocarditis por sus caracteres especiales : rápido (tanto más cuanto más grave el sujeto), fuertemente hipotenso, á veces arrítmico.

El pronóstico de las miocarditis es grave : en general, mata á los enfermos ; si el diagnóstico ha sido hecho á tiempo, una enérgica intervención permite salvar algunos casos.

Por parte del aparato circulatorio, pueden aún observarse pericarditis ó endocarditis y algunas veces aortitis que se desarrollan en la convalecencia.

**ARTERITIS** — Un dolor intenso, exacerbado por la presión, de aparición brusca ó lenta en el trayecto de una arteria, seguido ordinariamente en los miembros inferiores de la coloración rojo oscura de la piel propia de la gangrena inminente, debe hacer pensar en una arteritis. El pulso disminuye y se suprime más allá de la lesión, la temperatura periférica desciende y la gangrena, fatal, si no existen anastomosis suficientes, hace irrupción.

Cuando la permeabilidad arterial ha sido suprimida, la palpación pone de manifiesto un cordón duro debido á la trombosis desarrollada.

Este mismo signo es el que permite distinguir si la arteritis es obliterante ó parietal ; los demás síntomas son iguales, exceptuando también la gangrena, que no se produce desde el momento que no hay obliteración del vaso.

**FLEBITIS INFECCIOSA** -- Es una complicación relativamente frecuente de las enfermedades infecciosas en general. La tifoidea las produce en buena proporción. Esta flebitis puede asentar en cualquier parte de la economía, pero tiene asientos especiales más frecuentes.

Es así que en los varios casos que hemos observado, esta complicación radicaba en la pierna izquierda, lo que parece ser debido, según el doctor Penna, á que la gruesa vena ilíaca de ese costado es ligeramente comprimida por el cruce de la arteria ilíaca primitiva derecha. Adopta esta manera de ver porque lo propio ocurre con los edemas cardíacos : comienzan casi todos por la pierna izquierda.

Al examen del enfermo, se encuentra un miembro inferior (ó los dos) edematoso y bastante aumentado de volumen. Llégase algunas veces á palpar cordones duros, debido á la coagulación sanguínea

dentro de las venas alteradas por el proceso flebítico.

Esta complicación es sumamente peligrosa ; el examen debe hacerse con cuidado para evitar el desprendimiento de un coágulo, la consabida embolia pulmonar y la muerte (Penna).

Obsérvase durante el período de estado ó el de convalecencia : el enfermo señala un fuerte dolor en la cara interna de un muslo, poco más tarde el edema hace su aparición. Es común una elevación marcada de temperatura.

Es una afección muy larga, que deja al enfermo imposibilitado por mucho tiempo y con el miembro atacado en pésimas condiciones de nutrición, lo que explica las ulceraciones que con frecuencia se ven en estos casos (Penna).

Débase en estos enfermos, para tratar la complicación, hacer compresión continua sobre el miembro, mediante vendas elásticas, medias de goma, etc., y provisoriamente por un vendaje compresivo aplicado sobre una capa de algodón (Penna).

**MENINGITIS** -- Aparte los casos de meningismo observables en muchas tifoideas y de los cuales hablaremos á propósito del diagnóstico, la meningitis puede presentarse como seria complicación. Sus sín-

tomas habituales entran en escena, y el enfermo rara vez escapa á la muerte.

Por parte del sistema nervioso pueden aún observarse : parálisis de tipo vario, parálisis del exófago, convulsiones de pésimo pronóstico, afasia en general transitoria, y diversos desórdenes psíquicos ; delirios varios, confusión mental, melancolía, demencia. La pérdida de la memoria, es una complicación que suele también observarse.

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS — La bronquitis puede ser intensa (bronco-tifus), otras veces la neumonía parece iniciar el proceso (neumo-tifus), otras, la bronconeumonía ó el laringo-tifus se llevan al enfermo.

Se mencionan aún : neumonía hipostática, edema, infarto ó gangrena pulmonar ; y por fin, pleuresías tifoideas que aparecen comunmente en la convalecencia, raras veces al principio (pleuro-tifus).

COMPLICACIONES MENOS FRECUENTES — Nefritis, cistitis, hematurias (gravísimas), absceso hepático (mortal), ictericia, colecistitis, angiocolitis ; absceso del bazo ó su ruptura (muerte por peritonitis), orquitis, parotiditis (grave), miositis (bastante frecuente), osteomielitis, diversos eritemas, escaras sacras, abscesos de la piel y por fin el noma, terrible

complicación que el médico debe saber evitar por los lavados antisépticos frecuentes de la boca, en el curso de toda enfermedad infecciosa; iguales consideraciones deben hacerse por lo que respecta á la parotiditis secundaria (Penna).

**Formas clínicas** — La intensidad de la afección y la virulencia del Eberth, por una parte, las asociaciones mórbidas y el terreno sobre el cual evoluciona la enfermedad, por otra parte, y á veces la aparición de nuevos síntomas han hecho que los autores describieran numerosas formas clínicas de fiebre tifoidea. Dejando de lado la forma más común ya descrita, las demás quedan resumidas en el cuadro que puede verse en la página 75.

Se describen aún formas en relación con una sintomatología especial, según el predominio de tal ó cual aparato: si el digestivo es el especialmente interesado, se observa el embarazo gástrico febril (forma biliosa) ó la tifoidea que comienza como una apendicitis (apendicular).

Si son los desórdenes respiratorios los que dominan, se mencionan los laringo-bronco-neumo y pleuro tifus, sobre los que ya hablamos y no insistiremos.

La forma cardíaca, el meningo-tifus, las asociaciones mórbidas con la tuberculosis y el paludismo,

la fiebre tifoidea que se desarrolla en el niño ó en el viejo ; todo ello ha dado margen á tantas subdivisiones en formas diversas. No me detengo en ellas, porque describirlas sería volver de nuevo á la descripción anterior, con la cual presentan más de un punto de contacto.

**Evolución** -- En la mayoría de los casos, una fiebre tifoidea de mediana intensidad, dura unas cuatro semanas, con su temperatura y demás síntomas más ó menos característicos ; poco después la convalecencia se establece tan lentamente, que el enfermo antes de ser apto para el trabajo, ve pasar fácilmente dos ó tres semanas más (1).

Si la tifoidea ha sido grave ó si se han observado recaídas, la enfermedad se alarga considerablemente. Las recaídas son más graves ó más benignas que la enfermedad anterior ; por mi parte, debo declarar que he visto morir casi á la totalidad de los enfermos adultos en los que he constatado recaídas. No ocurre lo mismo en los niños ; en ellos las recaídas son benignas y es raro que maten.

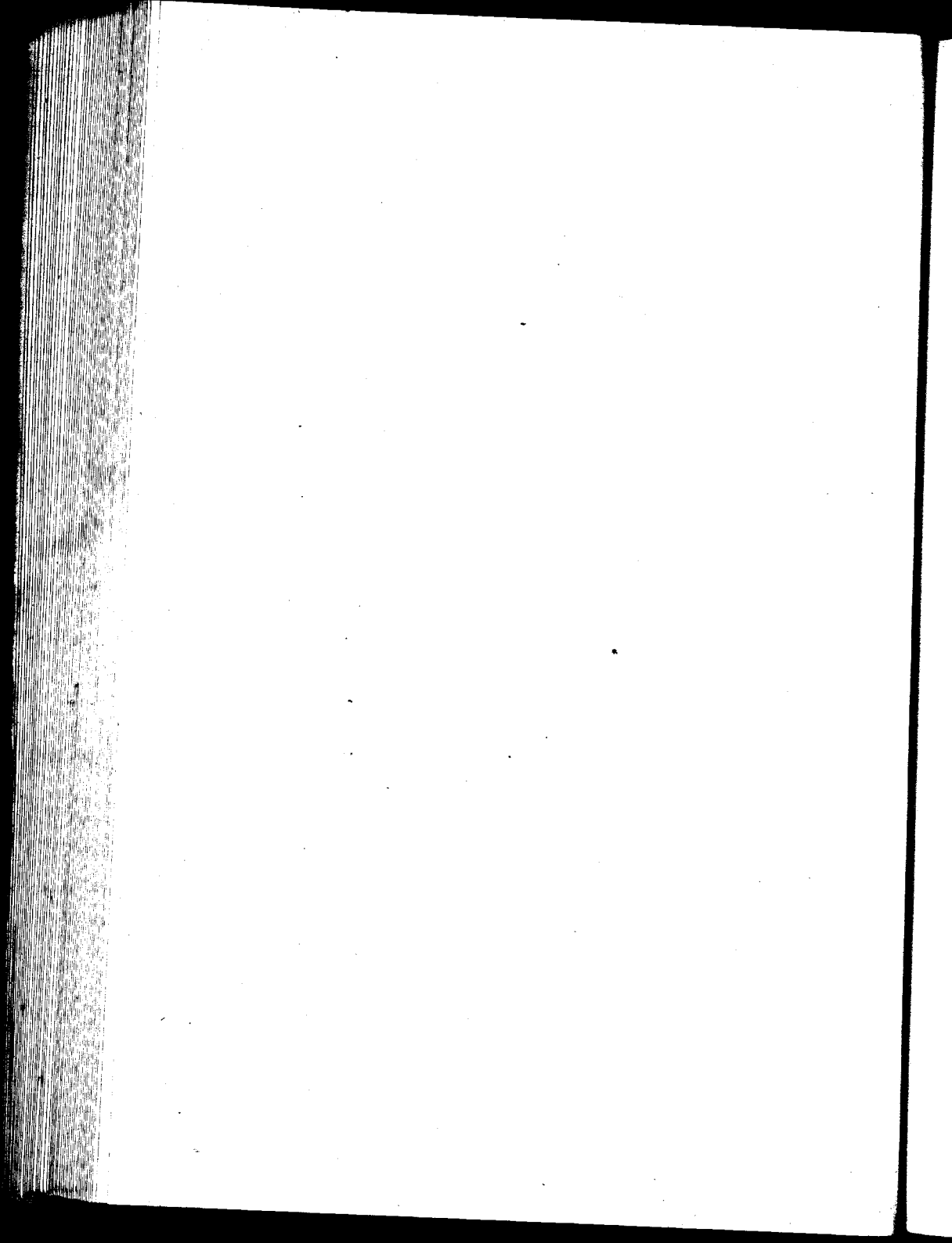
La muerte es bastante habitual en la tifoidea : 15 á 20 por ciento, unas veces más, otras menos, según las epidemias ; mucho menos en los niños.

---

(1) La estadística clínica del Hospital Muñiz ha demostrado que el término medio de la duración del período febril de la fiebre tifoidea oscila entre 28 y 29 días (Dr. Penna).

## Formas en relación con el grado de infección

<i>Typhus levisimus</i> .....	Período de estado acortado; misma evolución y mismas complicaciones.
<i>T. ambulatória</i> .....	El enfermo queda en pié, la temperatura es mínima, la alimentación se efectúa casi normalmente; algunas veces la perforación intestinal se lleva a los sujetos.
<b>Intensidad</b> .....	Intensidad de los síntomas nerviosos (táxica) intensidad de la prostración (adínámica). Las dos formas se asocian (ataxo-adínámica) la temperatura es sumamente elevada; las complicaciones frecuentes, la muerte casi la regla.
<i>Hemorragica</i> .....	Hemorragias múltiples: epistaxis, hemoptisis enterorragias, etcétera. La muerte es la regla.
<i>Septicémica</i> .....	Temperatura elevada a grandes oscilaciones, generalmente accesos múltiples hacen aparición. El diagnóstico es difícil.
<i>Fulminante</i> .....	Temperatura excesiva, los otros síntomas muy pronunciados. Muerte en algunos días.
<i>Prolongada</i> .....	Se arrastra y dura mucho tiempo, más de un mes en general con sus síntomas habituales.
<b>Evolución</b> .....	



## DIAGNÓSTICO

El estudio profundo de los síntomas-guías, de la temperatura y del pulso, sobre los cuales tanto he insistido, permiten en la generalidad de los casos y ante el lecho del enfermo, hacer un diagnóstico preciso.

El deber del médico no ha terminado con ello ; necesario es que sucesivamente haga desfilar ante su memoria, las enfermedades que más se prestan a confusión con la tifoidea, para establecer su diagnóstico diferencial (Penna).

A pesar de todo, algunas veces el diagnóstico clínico no es posible, motivo por el cual me detendré por un instante en la hemocultura y en la siero-reacción de Widal, por creerlas de un interés diagnóstico considerable.

**Hemocultura** — Se admite hoy por todos los autores que la fiebre tifoidea es el resultado de una

verdadera septicemia, y que como en tal, deben encontrarse en la sangre, durante la enfermedad, los bacilos característicos. Tal ocurre en efecto : desde el segundo día de enfermedad y aún desde la incubación, según algunos autores, hasta la convalecencia, se encuentra el bacilo de Eberth en la sangre. Explícase, pues, que pueda ser hallado en las manchas rosadas en abundancia ; en los órganos todos, con predilección en el bazo, hígado, vías biliares, ganglios mesentéricos, médula ósea, y en las excreciones : orina, materias fecales, etc. Explícanse también fácilmente el sinnúmero de complicaciones en las cuales se encuentra, ó puede encontrarse, el bacilo de Eberth : pleuresías, neumonías, pericarditis, osteitis, anginas, abscesos, etc.

Con esta base ha nacido un procedimiento de elección para el diagnóstico : la hemocultura. Describamos rápidamente su técnica :

Con las precauciones asépticas de rigor, previa ligadura superficial de la raíz del miembro superior, con preferencia, puncese una vena bien visible, en general la mediana, y retírense de cinco á diez centímetros de sangre. Diversos procedimientos han sido aconsejados para la siembra.

Courmont reparte 3 c. c. de sangre en un ballon que contiene de 300 á 500 c. c. de caldo ordinario. Agita y lleva á la estufa á 37°. Otras veces

hace uso de la solución de Cambier, compuesta como sigue :

Peptona Defresne : 100 grs. ; soda al 1 % : 12 c. c. ; solución saturada de sal marina : 12 c. c. Agrega la sangre y lleva á 37°.

Sacquépée y Perquis agitan durante 5 minutos, 15 ó 20 c.c. de sangre, conjuntamente con perlas de vidrio para defibrinar. Haciendo uso de una pipeta, colocan la sangre defibrinada en dos ballones con 100 c. c. de caldo, á razón de 2 á 5 c. c. por ballón. La fibrina recogida por batido, conjuntamente con la sangre que resta, es adicionada de 20 á 50 grs. de caldo. Los 3 ballones son llevados á la estufa.

Kayser parte del principio que la bilis disuelve á los glóbulos rojos é impide la coagulación. Recoje asépticamente bilis de buey, la deja en reposo 24 á 48 horas, decanta, la divide en porciones de 5 c. c. y esteriliza en pequeños recipientes. Coloca en cada uno de éstos de 1 á 2,5 c.c. de sangre y lleva á la estufa.

Las culturas obtenidas con cualquiera de estos procedimientos, deben ser examinadas é identificadas bacteriológicamente.

A este fin recordamos someramente algunos datos bacteriológicos. El bacilo de Eberth es un corto bastoncito que mide 2 á 3 micrones por 0,6 á 0,7 micrón. Es recto y sus extremidades son redondea-

das. Rodeado por cilias vibrátiles (8 á 12) es un microbio enérgicamente móvil: se le ve atravesar rápidamente el campo del microscopio. Se colorea fácilmente por los colores de anilina y no toma el Gram.

Es fácilmente cultivable en caldo, agua peptonada, gelosa y suero coagulado. Sobre placas de gelatina da colonias en « montaña de hielo ». No coagula la leche. Los medios lactosados ó glucosados, no desprenden gas bajo su influencia; á lo más puede el medio hacerse apenas ácido en el primero, ó francamente en el último. No modifica las culturas á las cuales se agrega rojo neutro y dá colonias incoloras en el medio de Drigalsky. Ennegrece la gelosa á la cual se ha agregado sub-acetato de plomo y no produce indol.

El suero correspondiente, y es la reacción más específica, lo aglutina enérgicamente.

**Suero-reacción de Widal** -- El suero de los tifoideos tiene la propiedad de aglutinar culturas de bacilos de Eberth en la proporción de 1 : 50, 1 : 100 y á veces hasta 1 : 2000. Aglutinaciones menores de 1 : 50 no deben tenerse en cuenta, pues otras clases de bacterios pueden proporcionarla.

Se la obtiene ya desde el séptimo día de la iniciación en un buen número de casos; en otros,

los menos, hacia el 15 ó 20 día ; otras veces, recién en la convalecencia y excepcionalmente puede faltar.

Dejando de lado descripciones fastidiosas por lo largas, y esquematizando, he aquí como se procede en la práctica :

Recójase sangre del enfermo (pinchazo, aspiración en la mediana, ventosa escarificada, etc.), dos ó tres centímetros cúbicos es lo común ; déjese coagular : el suero coloreado ó no que se separa del coágulo, es el que nos va á prestar sus buenos servicios.

Por otra parte, téngase á mano una solución de suero fisiológico y una cultura de 24 horas en caldo de bacilos de Eberth : el examen microscópico asegurará que los bacilos son movibles y no forman aglomeraciones espontáneas.

Tómense ahora tres cápsulas ó vidrios de reloj, dispónganse uno al lado de los otros y colóquese en ellos :

1ª CÁPSULA	2ª CÁPSULA	3ª CÁPSULA
1 gota de suero del enfermo más 9 gotas de suero fisiológico	4 gotas de cultura en caldo, más una gota de suero al 1/10 que se saca de la cápsula anterior.	9 gotas de cultura en caldo, más una gota de suero al 1/10, sacado de la cápsula número 1.
Solución al 1/10 " madre	Solución al 1/50	Solución al 1/100

Las cápsulas 2 y 3 son llevadas á la estufa y dejadas media ó una hora á 35° más ó menos. Ob-

sérvase luego al microscopio, para lo cual se toma una gota de la cápsula 2 y se coloca en un porta excavado especial, se pega un cubre con ayuda de vaselina y se observa. Con el contenido de la cápsula número 3 se procede de igual manera. Si el microscopio hace ver los bacilos inmóviles y aglomerados, la reacción es *positiva*; en caso contrario: *negativa*.

### DIAGNOSTICO CLINICO

La tifoidea es susceptible de confundirse, sobre todo en su comienzo, con una cantidad de afecciones. Mencionaremos las principales, señalando sus síntomas diferenciales.

**Tifus y paratifus** — Es imposible el diagnóstico clínico y aún el bacteriológico, ya que la misma suero-reacción es infiel en estos casos (Penna). La hemocultura no ha dicho aún su última palabra.

**Tifoidea y endocarditis infecciosa** — Las endocarditis infecciosas, ya ulcerosas, ya vegetantes, ya úlcero-vegetantes (única verdaderamente infectante), presentan un cuadro muy parecido á la tifoidea. Se diferenciarán por los antecedentes, los síntomas del

comienzo, la marcha y forma de la fiebre, por las manchas embólicas que no desaparecen á la presión y más oscuras en el centro y por el ó los soplos que siempre se encuentran en el corazón. La criestesia, los escalofríos, las perturbaciones cardíacas, las asociaciones de otros complexos sintomáticos, debidos al infarto esplénico, hepático, renal, etc., son más propios de la endocarditis que de la fiebre tifoidea (Penna).

**Tifoidea y granulia** — La bacilosis generalizada no puede admitirse sino á consecuencia de una localizada anterior (Penna). El diagnóstico extremadamente difícil, cuando no se ha visto ó no se ve la tuberculosis localizada original, debe basarse en la *lucidez intelectual* que tienen estos enfermos aún con altas temperaturas ; algunas veces en la temperatura que asume el tipo llamado invertido ; otras, en la desproporción evidente entre los signos objetivos que manifiesta el enfermo y los signos auscultatorios negativos (Penna).

El cuadro térmico de la granulia, presenta irregularidades marcadas ; el pulso es *acelerado* (120 ó más), buen elemento diferencial, si tenemos en cuenta que el pulso tifoideo es frecuentemente disociado y menor que el que corresponde á una dada temperatura.

El apetito conservado y la demacración extrema y precoz del enfermo, son síntomas que no se observan en la tifoidea en su comienzo. La hiperestesia cutánea y muscular y la intensidad de la disnea son propias de la granulía.

Si persiste la duda, después de una oftalmorreacción á la tuberculina, de la hemocultura, de la suero-reacción de Widal, del examen de las materias fecales, etc., el diagnóstico debe inclinarse por lo más común y lo que deja alguna esperanza de curación : la tifoidea (Penna). Lo mismo dígase de la tifo-bacilosis.

**Tifoidea y gripe** — La gripe á forma tifoidea se distingue por su comienzo brusco : el sujeto sale de su casa sano y vuelve enfermo con intensa cefalalgia, sequedad de la boca, sed, dolores en todo el cuerpo, catarro óculo-nasal y el termómetro marcando de golpe 39, 40 ó más grados. La convalecencia es radicalmente opuesta en ambas enfermedades : para la euforia, el apetito y el renacimiento de las fuerzas en la fiebre tifoidea, tenemos la adinamia, la inapetencia, la saburra de la lengua que prolongan indefinidamente este período en la influenza (Penna).

Digno es también de notarse que la temperatura sigue en las dos afecciones una marcha inversa : en la tifoidea *sube* poco á poco, formando escalera,

mientras que en la gripe *baja* poco á poco, formando también escalera. Vale decir : si en un enfermo se coloca el termómetro con 24 horas de diferencia, se constatará con toda probabilidad : en la tifoidea, un aumento de temperatura ; en la gripe una disminución.

**Tifoidea y peste** — En la peste, los ganglios están infartados, especialmente los inguinales. Si se trata de peste pulmonar, la intensa disnea, las hemoptisis, la angustia que experimenta el enfermo, la temperatura sumamente elevada desde el principio y aún la facies de estos sujetos, aclaran el diagnóstico. (Penna).

**Tifoidea y osteomielitis** — En la osteomielitis, se encuentran (si se buscan) puntos dolorosos que responden á las epífisis tomadas. Desde el comienzo hay mucha temperatura (Penna).

**Tifoidea y neumonía** — Que en los adultos constituya, en general, un diagnóstico sencillo, no es esa una razón para que en el niño pase lo mismo.

Que la neumonía se inicia repentinamente con temperatura, puntada de costado y tos, muy bien ; pero esos datos no bastan siempre. La fiebre tifoidea también puede iniciarse bruscamente con temperatura elevada y con tos.

Que la una presenta disnea y la otra no, tampoco es cierto; muchos sujetos atacados de fiebre tifoidea, tienen suficiente disnea como para que el error se cometa y otros con un foco pulmonar apenas si la presentan.

Que la una tiene para sí una facies especial, espleno y hepatomegalia, erupción, etc., y que la otra un soplo, rales crepitantes, etc., de acuerdo; pero es que esos signos no existen ó no pueden constatarse en los primeros momentos de la enfermedad.

Y si no, no tendríamos más que recordar la buena serie de errores que á diario se cometen, algunos de los cuales, enviados por preparados médicos, han pasado por nuestras manos, antes de su ingreso al Hospital de Niños.

Claro está que cuando la sintomatología es evidente por una y otra parte, el diagnóstico es fácil; pero eso no es siempre así y el médico queda muchas veces perplejo hasta que una neumonia haya hecho crisis, ó hasta que la hemo-cultura ó la suero-reacción de Widal aporten su precioso concurso.

¡Y todavía para aumentar dudas, la fiebre tifoidea suele acompañarse de neumonia!

Creemos que con un buen examen clínico y con un poco de paciencia, sabiendo esperar, puede ya conseguirse mucho, amén de lo que puede dar la termometría local. En efecto, y si se tiene presente

nuestro estudio, se recordará que la neumonia se acompaña de temperaturas axilares superiores á las locales de abdomen y de diferencias acentuadas entre las dos axilares. Hoy por hoy, constituiría un excelente signo para el diagnóstico diferencial de un caso dudoso.

**Tifoidea y cólera** — El período de comienzo del cólera se distingue fácilmente de la tifoidea : vómitos, diarrea, sequedad de la piel, facies especial, etc., no así el período de reacción que se asemeja mucho á la tifoidea hasta el punto de haber merecido el nombre de « período tifoideo del cólera » ; téngase, pues, en cuenta la iniciación del proceso (Penna).

**Tifoidea y fiebre amarilla** — La fiebre amarilla comienza también bruscamente ; después de un largo chuchó la temperatura sube á 40° ó 41° con cefalalgia, sed, raquialgia violenta. En el segundo día se encuentran vómitos, y desde el tercero ó cuarto ictericia y aún vómitos sanguíneos ; nada de parecido se observa en la tifoidea (Penna).

**Tifoidea y disentería** — La iniciación brusca en la mayoría de los casos, los cólicos, el tenesmo y la diarrea muco-sanguinolenta, son propios de la disenteria y no de la tifoidea. Algunas veces es, sin em-

bargo, difícil el diagnóstico clínico, sobre todo en las formas tifoideas de la disenteria (Penna).

**Tifoidea y meningitis** -- Son para las meningitis la posición meníngea, la rigidez de la nuca, el signo de Kernig, los signos de Brudzinsky, los vómitos, la cefalea y la constipación, la iniciación brusca, el herpes y los exantemas, las contracturas parciales ó generalizadas, las parálisis, las miosis ó midriasis, la anisocorea, la fotofobia, las bradi ó taquicardias exageradas en relación á la temperatura, la exageración ó abolición de reflejos, etc. La punción lumbar enseña líquidos cefalo-raquídeos purulentos (meningitis cerebro-espinales); ó cristalinos ó aún turbios, pero no purulentos (meningitis tuberculosa). El cito-diagnóstico del líquido céfalo-raquídeo dá: polinucleosis ó linfocitosis; el análisis de la sangre revela polinucleosis en las cerebro espinales. La precipito-reacción es positiva en estas últimas.

Son para la tifoidea: iniciación gradual, roseola, curva térmica típica, espleno y hepatomegalia, leucopenia en la sangre, líquido cefalo-raquídeo límpido y normal; suero-reacción de Widal positiva y en la orina diazo reacción de Ehrlich con frecuencia.

A pesar de todo, la confusión es posible. Si se recuerda lo que dijéramos á propósito de la termometría local, ella podrá darnos enseñanzas frente á un caso difícil.

**Tifoidea y meningismo** — Alteraciones de orden tóxico ó funcional pueden dar lugar á todos los síntomas de la meningitis. Pero la hipertermia es la que lo produce con más frecuencia : la fiebre tifoidea, la neumonía, la influenza, graves, etc., son sus causas etiológicas comunes. En términos más claros : ¿ es, por ejemplo, la fiebre tifoidea que está produciendo síntomas de meningitis ó es una meningitis á forma tifoidea ? La clínica resuelve el punto dando al sujeto un antitérmico (baños, criogenina, etc.), si los síntomas meningeos desaparecen : meningismo ; no desaparecen : meningitis (Penna)

En último caso la punción lumbar quita todas las dudas, haciendo ver la ausencia en el líquido cefaloraquídeo de los elementos patológicos característicos.

**Tifoidea y paludismo** — Los síntomas de una y otra enfermedad difieren. Bien es cierto que las fiebres de invasión ó las de reinfección cuando son graves, traen un estado tifoideo que puede prestarse á confusiones ; pero siempre se encuentran signos diferenciales de valor ; así es que la temperatura se instala progresivamente y según una regla fija en la tifoidea, más ó menos brutalmente en el paludismo ; que en este último existe una periodicidad de la curva térmica que cae y vuelve á subir por septenarios, que no se observa en la tifoidea, que es siempre sub-continua ; que en el paludismo puede cons-

tatarse tipo inverso ó inverso mitigado (1), que no se constata en la tifoidea ; que en la iniciación y terminación de las fiebres de reinfección es común se observen accesos intermitentes no constatables en la dotieneria.

La temperatura, y es conveniente que insista, jamás es de tipo inverso, ni inverso mitigado en la tifoidea pura sin complicaciones purulentas : cuando, pues, ante un cuadro tifoideo, el médico constate este signo, su primer pensamiento debe ser paludismo y obrar en consecuencia, buscando los otros de esta enfermedad y rechazando la fiebre tifoidea.

No existe roseola en el paludismo, por lo menos con los atributos que le son clásicos en la tifoidea ; esta última no trae herpes (síntoma-guía negativo de la tifoidea) y sí el paludismo. El pulso disociado con relación á la temperatura, la menor gravedad de la tifoidea en la primera semana, los síntomas-guías bien estudiados, la suero-reacción de Widal, el examen de la sangre, de la orina y de las heces confirman el diagnóstico.

**Tifoidea y otras afecciones** — Otras raras afecciones tienen entre su sintomatología, el estado de es-

(1) Temperaturas de tipo inverso son las que enseñan sus mínimas por la tarde, nosotros llamamos tipo inverso mitigado á aquellas temperaturas en que las mínimas, tienden á alejarse de la tarde para hacerse visibles por la mañana.

tupor propio de la enfermedad que estudiamos. Conviene no olvidar, para dejarlas de lado, que la fiebre tifoidea es un conglomerado de síntomas que es necesario buscar para edificar su diagnóstico, se evitarán así los errores que pueden cometerse.

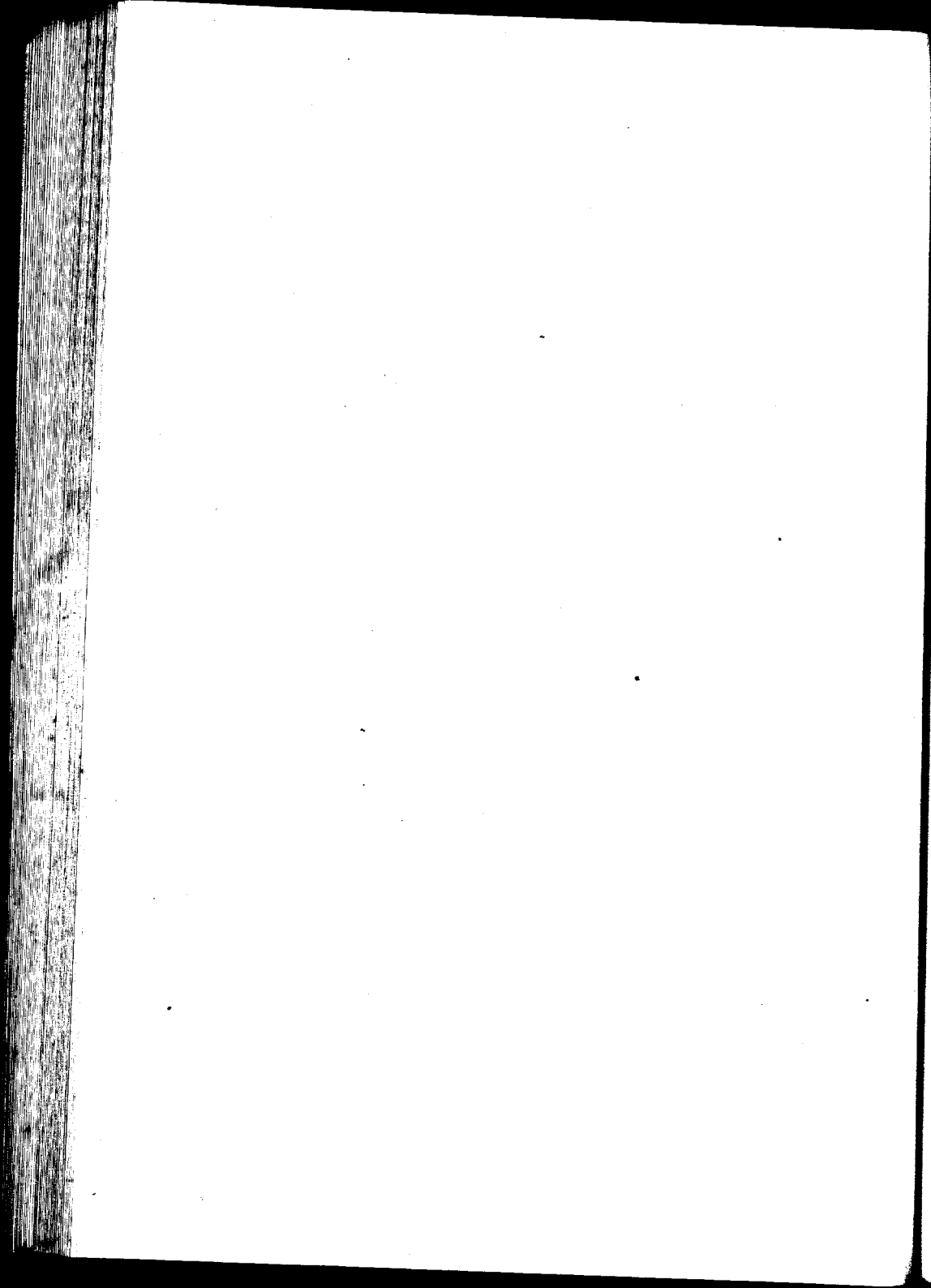
En todos los casos que pueden prestarse á confusión, ó en los anteriores para obtener certeza en el diagnóstico, acúdase al laboratorio, teniendo presente que un diagnóstico clínico bien hecho no debe nunca inclinarse ante el poder de los reactivos (Penña).

### PRONOSTICO

La fiebre tifoidea es una enfermedad grave, cuyo pronóstico debe ser muy reservado aún en la convalecencia. Jamás se podrá decir «este enfermo curará», porque quizás unos días después la desilusión más grande sorprenda al médico.

Lo que sí se podrá decir es que un enfermo está mejor hoy que ayer ; para ello téngase en cuenta todo lo dicho con anterioridad, especialmente en los capítulos que tratan de temperatura y pulso.

En los niños, en general, y exceptuando los casos ataxo-adinámicos, el pronóstico es benigno.



## TRATAMIENTO

Unas pocas palabras serán dichas á propósito del tratamiento específico de la fiebre tifoidea, para extendernos luego en el tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones.

**Bacterioterapia Eberthiana** — En estos últimos tiempos, la vacuna que se utilizara para inmunizar contra la fiebre tifoidea ha entrado en el tratamiento de esta afección. Las vacunas se multiplicaron tanto como el entusiasmo para hacer observaciones. Las publicaciones al respecto ocupan actualmente páginas de todas las revistas, y si fuéramos á extendernos recopilando, resultaría este capítulo más largo que el resto de nuestro trabajo. Además no queremos decir nada de lo que no hayamos visto de cerca, de lo que no hayamos experimentado nosotros mismos.

Hemos empleado la vacuna « Tipo Muñiz » conjuntamente con el doctor E. Adalid en los niños ; las observaciones son aún pocas para sacar conclusiones y á lo único que nos inducen es á seguir estudiando. Sin embargo justo es que consignemos en pocas palabras nuestras primeras impresiones.

Las inyecciones producen aumentos de temperatura que varían entre uno y dos grados, siendo lo más frecuente un grado y medio. La temperatura máxima, es alcanzada más ó menos á las 4 horas de la inyección ; observándose la mínima unas 11 horas después.

Después de un par de inyecciones, en los casos felices, la temperatura cae y se mantiene entre 37°5 y 38° por dos ó tres días, para subir de nuevo, pasando 38° en los días sucesivos. Una nueva inyección hace caer otra vez la temperatura, manteniéndose la mínima con más constancia que anteriormente (1). La duración de la enfermedad no parece ser acortada pero se nota atenuación en los síntomas. El hígado y muy especialmente el bazo, aumentan de volumen y se hacen accesibles á la palpación, si no lo fueran antes.

Casos existen de mediana intensidad en que la vacuna no produce resultados apreciables. Los casos graves, ataxo adinámicos, no benefician de la va-

---

(1) En estos casos felices..... hemos observado dos recaídas!!

cuna, son más bien empeorados, ya que en un caso, hemos constatado un aumento de 12 pulsaciones á las 24 horas de la inyección, existiendo la misma temperatura que el día anterior. El delirio aumenta. En estos casos la temperatura no cae : se eleva á las 4 horas de la inyección en un grado para caer en seguida al primitivo nivel ó un poco más abajo pero de una manera tan transitoria, que es necesario para constatar estas remisiones que se coloque el termómetro todas las horas. De éstos se nos ha muerto uno.

Creemos, pues, nosotros, que tratándose de niños, en los cuales la fiebre tifoidea reviste caracteres especiales de benignidad, la actual vacuna no saldrá de los servicios de hospital. Posible es que la modificación en la técnica y la preparación de nuevas vacunas, modifiquen nuestra opinión al respecto ; pero por ahora declaramos que si la vacuna no nos sirve para los casos graves, para los de mediana intensidad y los benignos, no la necesitamos para nada.

No somos rutinarios : esas palabras brotan solas juzgando imparcialmente nuestros resultados ; seguiremos estudiando, y créase que será para nosotros un placer poder modificar nuestras opiniones.

**Tratamiento general** — En el hospital Muñiz, se han usado y se usan diversas medicaciones para luchar contra la fiebre tifoidea. Sin embargo, me ha

parecido que la terapéutica empleada es la más simple, es el método de Brand, y si se tiene en cuenta la gravedad de los casos que á ese establecimiento ingresan, puede considerarse como uno de los mejores, pues la estadística de la mortalidad en miles de enfermos, oscila anualmente entre 12 y 16 por ciento. En los niños, con poca diferencia los mismos tratamientos son empleados. Me limitaré, pues, á señalar, dentro de este artículo, cuales son los métodos que gozan de reputación y son dignos de confianza.

El tifoideo, al igual que todo sujeto atacado de una enfermedad infecciosa, necesita ante todo : aereación, limpieza y alimentación.

La aereación se consigue con una pieza grande, provista de ventanas que permitan renovar frecuentemente el aire, teniendo cuidado que la temperatura no baje ni suba de 15 á 20°, que es la más favorable al tifoideo. Las salas de nuestros hospitales de infecciosos, llenan ampliamente, esta condición.

La higiene del tifoideo debe ocupar un preferente lugar, debe constituir hasta cierto punto un tratamiento de la afección. Lavados de la boca, nariz, oídos, etc., con agua oxigenada diluída (dos ó tres cucharadas de sopa por litro de agua destilada) ó cualquier otro agente desinfectante ; lavados después de las micciones ó defecaciones ; espolvorear polvos de talco sobre las regiones expuestas á escoriaciones, lavar debidamente los puntos excoriados, etc.

Por otra parte, y para evitar la neumonía hipostática, es esencial que el tifoideo cambie de actitud frecuentemente y siempre que no existan complicaciones que impidan todo movimiento (hemorragia, perforación, miocarditis grave).

La alimentación constituye un punto delicado para tratar : médicos hay que temen en absoluto dar de comer á sus enfermos ; otros, los más, permiten la leche pura ó mezclada con te ó café ; algunas veces el caldo.

Pero frente á éstos está la opinión contraria : de buen ó mal grado debe alimentarse al tifoideo, y agregan al anterior menú, huevos, purés diversos, somatosa y aún gelatina de carne.

Creo que ambos tienen razón, y que la alimentación del tifoideo debe estar regida por las modalidades que la marcha de la afección presente : si el enfermo tiene una patología gastro-intestinal intensa, si hay vómitos, si la diarrea es copiosa ó de muy mal olor, si los síntomas generales son pésimos, si existen complicaciones temibles, he ahí tantas otras contraindicaciones á una alimentación cualquiera. Si en cambio, las perspectivas son favorables, si el enfermo tiene apetito, lo que es un buen síntoma, puede permitírsele una alimentación progresiva que comenzando por leche pase sucesivamente al caldo y más tarde á los huevos, purés, etc.

En la casa de aislamiento se da alimento á tal enfermo y no se le da al que está al lado ; en suma, se estudian prolijamente los pro y contras y se procede.

En el hospital de niños, hemos alimentado numerosos enfermos y hemos podido darnos cuenta de cerca, de las ventajas del procedimiento. Es raro que exista intolerancia, ni complicaciones de ningún género, observándose en cambio, que los niños llegan á la convalecencia y á la curación menos quemados y con más fuerzas que ordinariamente.

Como la temperatura no es una contraindicación á la alimentación, desde la llegada del enfermo, comenzamos á alimentarlo en la siguiente forma : leche pura ó mezclada al té ó café en los primeros tres, cuatro ó cinco días, caldo en seguida : dos veces por día, somatosa líquida : dos cucharadas diarias. Si el anterior régimen era bien tolerado uníamos pronto : 2 sopitas diarias, dos chuños con leche ; á veces hemos ido hasta el puré de papas y uno que otro huevo. Al comenzar la alimentación hemos observado, algunas veces, vómitos que ceden rápidamente ó con algunas horas de dieta y otras veces, diarrea, que, en general, cedía con la alimentación.

La dieta ó la alimentación : los dos métodos son buenos ; la práctica personal regirá en este punto.

Pero lo que sobre todo necesita el tifoideo es beber en cantidad, ya agua, ya limonadas diversas,

que se administrarán preferentemente heladas, por su acción diurética, recordando siempre que salvando al riñón hay muchas probabilidades de salvar al enfermo. Los vinos diversos, el champagne, el alcohol, etc., no pueden administrarse á todos los enfermos : están contraindicados cuando hay delirio ó síntomas de excitación y especialmente recomendados cuando la adinamia hace progresos y cuando el estómago no tolera ninguna alimentación. El champagne helado calma los vómitos, excita y sostiene las fuerzas del enfermo y aún puede tener el rol de alimento. Al administrar cualquier clase de bebida alcohólica, ténganse en cuenta los hábitos, la edad y el sexo del enfermo, y procúrese no dar fuertes dosis por la irritación consiguiente del aparato gastro-intestinal ó la excitación consecutiva.

Es conveniente en estos enfermos, colocar permanentemente dos bolsas de hielo, una en el abdomen, otra en la cabeza ; la primera para evitar el meteorismo ; la segunda contra las congestiones cerebrales.

En cuanto á medicaciones, la más útil y preciosa, la que consigue modificar notablemente la mayoría de síntomas, la que previene complicaciones, la que cambia por completo hasta la facies del enfermo, la universalmente adoptada, es la hidroterapia.

En cuanto se haya impuesto y aún antes de tener certidumbre sobre el diagnóstico, el tifoideo debe

bañarse ; pero para dar baños, debe reglamentarse la forma de ordenarlos y seguir prescripciones que se encontrarán expuestas más adelante.

Como regla general, pues, « todo enfermo con temperaturas que lleguen á 39° puede ó mejor, debe bañarse, siempre que pueda moverse » ; vale decir, que un error de diagnóstico no perjudica en nada al enfermo en este sentido. A pesar de cuanto se ha dicho, las mujeres menstruando, pueden bañarse y los baños pueden prolongarse continuamente, durante meses, y si es necesario, sin sacar al enfermo del agua (Penna).

Felizmente, agrega Penna, ya han pasado entre nosotros aquellas épocas, de horror al agua, que impedían al médico ordenar un baño, sin que tuviera la necesidad de hallarse presente para dirigirlo ; aquellas épocas en que el obscurantismo hacía decir á la gente, que tal persona había muerto « por un baño ».

Téngase por fin presente que debe saberse manejar el agua de la misma manera y con la misma técnica que cualquier otro medicamento, que deben conocerse sus indicaciones y contra-indicaciones, sus efectos y reacciones diversas (Penna).

Se han empleado y se emplean aún sólo á título de ensayos en el Muñiz, inyecciones de metales coloidales (electrargol, colargol, etc.). Suelen dar, tan-

to en ésta, como en otras enfermedades infecciosas, buenos resultados.

**Tratamiento sintomatológico** — TEMPERATURA

— Dejando para más tarde el baño que constituye la gran medicación antitérmica, ocupémosnos por un instante de los antitérmicos químicos.

En el Muñiz, se utiliza, también á título de ensayo, la *criogenina*, á la dosis de 1.50 grs. en los adultos, repetida cuando la temperatura vuelve á subir. Con ella nos dice Penna, hemos conseguido hacer evolucionar á la fiebre tifoidea casi sin temperatura. Es de acción poderosa ; pero es incapaz, tanto como cualquier otro tratamiento, de disminuir el ciclo dentro del cual se desenvuelve la enfermedad.

El *sulfato de quinina*, se administra de dos distintas maneras : á pequeñas y á grandes dosis. Las dosis pequeñas (menores de un gramo), no tienen acción sobre la temperatura.

Liebermeister, daba 1.50 grs. de golpe y por la tarde, para tantear la susceptibilidad individual, cantidad que en seguida aumentaba hasta 2 ó 3 grs. si la temperatura no descendía suficientemente. No administraba dos días seguidos el medicamento.

Jaccoud emplea el bromhidrato de quinina á dosis decrecientes (2 grs. el primero, 1.50 grs. el segundo y 1 gramo el tercer día), después de lo cual

cesa el empleo por dos ó tres días. La quinina se administra en sellos de 0.50 gramos, uno cada diez minutos.

El *piramidón*, á pequeñas dosis (0.02 grs. cada dos horas), parece dar excelentes resultados. La *anti-pirina*, no se utiliza en los tifoideos.

En resumen ; ningún antitérmico da el resultado que de ellos podría esperarse. Si á ello, se agrega que son tóxicos y que modificándose notablemente las curvas térmicas el médico ya no puede guiarse por ellas, se convendrá que su uso entraña muchos peligros que no hay para que afrontar.

ANTISEPSIA INTESTINAL — Juzgada por unos inútil, por otros, de efectos positivos, lo cierto es que es difícil juzgar de su valor.

Bouchard es de los últimos, y prescribe

Rp.

Naftol B. finamente pulverizado ... 0.50 grs.

Salicilato de Bismuto ... 0.25 »

Para un sello=XXX.

(3 á 12 en las 24 horas)

Otros, utilizan el *benzonaftol*, 4 grs. por día en 8 dosis, en leche, sellos ó poción gomosa.

El *ácido láctico*, 20 grs. por día en limonada, es bien soportado, disminuye la diarrea y el meteorismo y se pretende que abrevia la duración de la enfermedad.

El *calomel* se administra al principio durante 4 días solamente, según Bouchard ; da 0.40 grs. en píldoras de 0.02 cada una en las 24 horas. Otros autores, dan este medicamento hasta que aparece salivación. En caso de utilizar purgantes (contraindicados en la tercera semana por los peligros de hemorragia), el calomel es aún el mejor. En el hospital de niños lo recetamos con frecuencia en la siguiente forma :

Rp.

Calomel al vapor ..... 0.05 grs. por año de edad

Lactosa ... .. c. s

M. S. A. y D. en III papeles.

Un papel cada 15 ó 20 minutos. —Un cuarto ó media hora después ordenamos una dosis purgante de aceite de ricino.

Raramente pasamos de 0.40 grs.

El *cloroformo* en forma de agua cloroformada al 1 % (una cucharada por hora), parece dar excelentes resultados por su poder microbicida frente al

• Eberth.

## HIDROTERAPIA

En este párrafo nos ocuparemos, lo más someramente posible, de las diversas prácticas hidroterápicas en uso contra la fiebre tifoidea, deteniéndonos antes sobre la acción fisiológica de los baños.

Entre nosotros, épocas hubo en que se tenía horror al agua y justo es hacer notar que los escritos de Penna contribuyen á aclarar la cuestión y á hacer que paulatinamente se considerara un elemento terapéutico de tal importancia, casi exento de peligro, pero que como un verdadero medicamento debía ser dosado y administrado en tales ó cuales formas ; bajo pena de que su acción quedara muy limitada, no se produjera, ó se obtuviera un efecto contrario.

Afortunadamente, estamos lejos ya de aquellos tiempos... pero hay sin embargo una observación que hacer y es que á causa de no estudiar esta medicación con el mismo interés que los demás remedios, es muy común que respecto de los baños en su aplicación terapéutica los médicos no se entiendan.

Reinan á este propósito las opiniones más distintas y aunque en principio casi todos aceptan la balneoterapia, las diferencias surgen desde el mo-

mento en que se ha de establecer la temperatura, la duración, la repetición, la técnica misma, en fin.

**Baños** — Ante todo y dejando de lado la división en baños *naturales* y *artificiales*, entremos de lleno al estudio de las propiedades físicas de los baños, que entre todas, son las de acción mejor conocida y de las cuales depende el resultado del baño. De las propiedades físicas, la que más interesa es la *temperatura* del agua empleada; sin querer decir por eso que no existan otras condiciones realmente importantes, entre ellas la *composición química* del baño y su *influencia mecánica*, que dejaremos de lado.

La acción que ejerce la *temperatura* del baño depende principalmente de la diferencia que exista entre la temperatura del sujeto y aquella del líquido en el cual se le sumerge, y secundariamente de la *excitabilidad individual*.

Los baños que no ejercen ningún estímulo sobre la piel y que como consecuencia no alteran la respiración ni el pulso, no se usan ó muy poco en medicina más que como baños de limpieza, á pesar de su acción calmante. Dichos baños deben tener una temperatura que en los sujetos sanos oscila entre 34 y 35° (*baños indiferentes*).

Los baños cuya temperatura es mayor ó menor que la temperatura del cuerpo en ese momento, actúan

los unos aumentando, los otros substrayendo calor al sujeto y tienen una acción estimulante sobre la piel, acción tanto mayor, cuanto mayor es la diferencia de temperatura existente. Esa acción repercute sobre los órganos internos, dando lugar á una serie de reacciones que pronto estudiaremos.

Los baños según su *temperatura* se han dividido en : *muy fríos*, debajo de 12° ; *fríos*, de 12 á 20° ; *frescos*, de 20 á 28° ; *tibios*, de 28 á 34° ; *calientes*, de 34 á 40°, y *muy calientes*, más allá de los 40°.

Se puede obtener una clasificación más sencilla, dividiéndolos en fríos, templados y calientes. *Fríos*, de 0° á 20° ; *templados*, de 21 á 35°, y *calientes*, de 36 á 40 grados.

Los baños que substraen calor producen ante todo una sensación de frío, precedida ó acompañada á veces por un fuerte ó ligero chuzco, pasado el cual, si la temperatura no es extrema, se tiene la sensación agradable de fresco.

La piel, recibida la primera impresión, palidece por vaso-constricción, para enrojecer pronto por vaso-dilatación ; si el baño se prolonga ó si la temperatura es muy baja, se vuelve cianótica por vaso-dilatación parálitica.

La vaso-constricción periférica acumula la sangre en los órganos internos, que son así abundantemente irrigados. El pulso aumenta su tensión y después de

una breve aceleración emocional, disminuye su frecuencia : la respiración acelerada, entrecortada al principio, se hace luego profunda y menos frecuente ; los movimientos peristálticos intestinales se pronuncian ; el útero y la vejiga se contraen.

La temperatura disminuye, la hematosis se hace mejor, la orina aumenta en cantidad y á veces en los baños largos se observa aumento de la úrea, la nutrición se hace más intensa, la presión sanguínea aumenta.

La sangre enfriada en la piel, llega á los órganos internos, donde vuelve á calentarse robándoles temperatura ; ese camino muchas veces recorrido, da por resultado un tal descenso térmico, en relación con la temperatura del baño y su duración.

Después del baño, la *acción secundaria* se muestra, la sensación fresca persiste, el apetito aumenta y la piel vuelve poco á poco á calentarse de nuevo hasta adquirir la temperatura que poseía antes del baño ó un poco menos. La respiración y el pulso aumentan su frecuencia ; este último se hace hipotenso y aún dicrótico ; por fin, pero no siempre, sobreviene calor y aún sudor.

Los baños que *ceden* calor, los baños *calientes*, producen efectos inversos á los anteriores. En cuanto se entra en el baño la sensación de calor se percibe, previa una pequeña vaso-constricción, los capilares

se dilatan y la piel enrojece ; la respiración y el pulso se aceleran ; este último se vuelve hipotenso, por fin sensación de quemadura y sudor intenso. Los capilares dilatados absorben calor que transportan á los órganos internos ; de ahí aumento de la temperatura del cuerpo.

La acción secundaria depende de que al salir del baño el sujeto se cubra, haga movimientos, etc., ó bien que se le deje enfriar. En el primer caso, el sujeto sigue sudando, y si no repara el agua perdida se notará disminución de peso ; en el segundo, por efecto del frío sobre el cuerpo tan caliente, se determinará una fuerte excitación del sistema nervioso periférico, y un aflujo sanguíneo considerable hacia la piel y los músculos, lo que da por resultado una excitación en sus funciones.

La duración del baño debe estar en relación inversa con el grado de excitabilidad individual y el de temperatura ; es una ley que conviene tener en cuenta.

No nos interesan, desde el punto de vista en que nos hemos colocado las demás propiedades del baño, ni menos los baños calientes, que deliberadamente dejamos de lado.

**Baños fríos** -- Los *baños fríos* encuentran su mayor aplicación en las enfermedades febriles y sobre todo en los estados tifoideos. Es el verdadero triunfo

del baño, porque no sólo desciende la temperatura, sino que activa todas las funciones orgánicas y depura al organismo de las toxinas que lo invaden.

Un tal tratamiento, dice Senator, saca á los enfermos del estado de torpeza y de somnolencia en que se encuentran y aleja todos los síntomas desfavorables concomitantes, excita la respiración y la hace profunda, facilita la expectoración, mejora la actividad cardíaca y como consecuencia los órganos son más abundantemente irrigados por la sangre y limpiados de las escorias que los llenan. Si á ello se agrega que los movimientos peristálticos intestinales aumentan, con lo cual se impide el meteorismo; que la tonicidad de los vasos cutáneos se conserva, con lo cual se evitan las últeras por decúbito; que la temperatura cae y que se conserva al cuerpo en excelentes condiciones de limpieza, se reconocerá que no existe medicación ni remotamente comparable al baño en el tratamiento de las enfermedades febriles.

Esto no quiere decir que sólo las enfermedades febriles sean tributarias del baño frío ó de otros procedimientos hidroterápicos. Están también indicados cuando sea necesario excitar el sistema nervioso, acelerar la circulación, obrar sobre la nutrición y en general cuando tengamos por delante procesos mórbidos que se desarrollen con el cuadro de diversas neurosis: neurastenia, anemias y clorosis diversas, etc.

Los baños fríos están contraindicados cuando haya tendencia á las congestiones, ya cerebrales, ya torácicas, en las enfermedades orgánicas del corazón y de los vasos, en el enfisema pulmonar, en los estados de excitación, en el tétano, en el colapso y en los últimos momentos del embarazo. En las hemorragias internas y en las peritonitis, están absolutamente contraindicados.

Tratándose de fiebre tifoidea, el método de Brand es el más usado ; describámoslo :

**Método de Brand** -- *Cada 3 horas, de día ó de noche y siempre que la temperatura rectal alcance á 39°, bañar al enfermo durante un cuarto de hora en agua á 18°.* Tal es la base fundamental del método de Brand ; las condiciones accesorias son las que se mencionan á continuación :

Si el enfermo tiene mucha fiebre, el primer baño dado á una temperatura tan baja, le producirá una impresión penosa, motivo por el cual se aconseja darlo á 22° y rebajar en cada baño subsiguiente 1° de temperatura hasta llegar á los 18°, haciéndolo siempre preceder de una afusión con agua más fría, á 10° por término medio, hecha sobre la cara y pecho del paciente.

El agua ensuciada por el bañista, debe ser cam-

biada cada 24 horas, y si es posible después de cada baño.

Puesto el enfermo en el baño, estalla en un tiempo variable un fuerte chucho, con respiración entrecortada, castañeteo de dientes, ansiedad, etc., todos estos fenómenos pasan muy pronto. En el baño se harán afusiones con la misma agua recomendada para el rostro y pecho (10°).

Brand hace afusiones de dos minutos de duración (que otros autores hacen continuas), á los 7 y 15 minutos, es decir, á la mitad y al fin del baño.

Durante toda la duración del baño, se harán masajes ó fricciones con una esponja en todo el cuerpo, exceptuando el abdomen. El enfermo después de entrar al baño, debe tomar por tres veces, al principio, al medio y al final líquidos : agua, limonadas vinosas, vino, enfriados á 10°, etc.

Después de cierto tiempo que el enfermo está en el agua, estalla el segundo chucho : es la señal de que el baño ha terminado ; se lleva el enfermo á la cama, se le seca rápidamente sin tocar el abdomen y se le da una nueva dosis de vino ú otra bebida alcoholizada para favorecer la reacción.

Los miembros inferiores deben ser calentados con botellas de agua caliente ó con cubiertas de lana ; el chucho prosigue durante algunos minutos más y después todo pasa y el enfermo beneficiado enorme-

mente por la balneación, duerme unas horas y la temperatura desciende.

Brand va aún más lejos y prescribe que en el intervalo de los baños se envuelva la caja del cuerpo en sábanas mojadas en agua á 10°, que deberán renovarse en cuanto se calienten. No todos los autores siguen este precepto.

Tres horas después del primer baño, si el enfermo tiene 39°, debe dársele un segundo baño y repetirlos tantas veces cuantas sean necesarias y mientras la temperatura llegue á 39°; cuando quede por debajo de esa cifra, los baños serán suspendidos.

Piénsese que el baño aporta una real mejoría al sujeto, á tal punto que hasta la facies cambia y que sobre todo previene las complicaciones que matan al enfermo.

M. I. Renoy, hablando con entusiasmo de la facies del tífico modificada por los baños, nos dice: «Hacer el retrato del tífico tratado prematuramente por el baño, aún en las formas intensas, es mostrar un individuo, despierto su espíritu, al cabo de algunos días de tratamiento... teniendo una sed viva que apaga voluntariamente por copiosas bebidas; no presentando esa lengua conglutinante, negruzca, tan conocida; es en resumen un enfermo que no tose, cuyo corazón es valiente, cuyo riñón funciona con una actividad sorprendente, cuyo intestino es en general

silencioso y que durante toda su enfermedad no presentará más que un síntoma constante : la fiebre, que moderará y suavizará el baño ».

No se le tenga pues temor al agua, y si la tifoidea en lugar de ser de mediana intensidad, es grave, disminúyanse las tres horas de intervalo, disminúyase aún la temperatura del agua á 15°, pero los baños serán entonces de menor duración : de 8 á 10 minutos ; síganse las otras prescripciones que hemos ya expuesto, en la seguridad que si el enfermo muere, se habrá hecho por él lo que la ciencia aconseja y hubiera muerto irremediabilmente con cualquier otra medicación.

Pero el método de Brand, no significa solamente « baños » ; justo es, pues, que digamos unas palabras para completar su lema « enfriar y nutrir ». De « enfriar », hemos ya hablado ; ocupémosnos ahora de alimentar.

**NUTRIR** — Brand desde el punto de vista terapéutico y dirigiendo sus miras especialmente hacia la hipertermia, dividió el curso de la enfermedad en 3 períodos : lucha contra la fiebre (Fieberkampf) ; remisión de la fiebre (Entfieberung) ; defesvescencia (Entscheidung).

1º En el período de lucha contra la fiebre, el enfermo, media hora después de la salida del baño,

toma un vaso de líquido ; en general caldo, leche ó café con leche.

2º En el 2º período, se agregan al regimen precedente, sopas, jugo de carne desengrasada, chocolate con agua, tres ó cuatro huevos frescos pasados por agua y un poco de vino. El pan está prohibido.

3º En el 3º período, se puede agregar á la alimentación una pequeña cantidad de pulpa de pollo, pescados fritos, á los que se les sacarán la piel y las espinas, cerebro frito, carne blanca y aún *roastbeef* triturado. Es necesario abstenerse de dar grasas.

Después de 48 horas que la temperatura haya caído á la normal, las comidas serán más copiosas, pero más raras : se compondrán de carne triturada, un poco de pan, legumbres en puré, etc.

*Bebidas* — El enfermo debe beber abundantemente bebidas frescas ó frías, agua pura ó mezclada con vino, limonadas adicionadas ó no de licores diversos en pequeña cantidad. En las formas adinámicas ó complicadas, el vino viejo, el champagne, el rum, prestan grandes servicios.

La higiene general y el cuidado meticoloso de la piel y cavidades, completan el tratamiento de Brand.

*Otros métodos* — Autores hay que en lugar de emplear el baño, acuden á la *sábana mojada* en agua

helada, con la cual envuelven al paciente de pies á cabeza. Unos la dejan sobre el enfermo veinte segundos, á lo más ; otros hasta que se calienta y la substituyen entonces por otra.

Algunos utilizan las afusiones y otros las lociones ; pero ninguno de estos métodos tiene la acción poderosa que se atribuye al método de Brand.

Bouchard administra baños, cuya temperatura inicial es 2° menor que la temperatura del enfermo en ese momento : el baño es en seguida enfriado progresivamente hasta 30° ; la inmersión puede repetirse hasta 8 veces por día y durar una hora ó más.

El doctor Penna llegó por la práctica al mismo resultado que Bouchard : desde 1891 recomendaba que se diera el baño en los variolosos á una temperatura inferior de 2° á la que presente el enfermo ; en los tifoideos un poco más frío (35°-30°) para estimularlos durante el período de estado. Observa que las susceptibilidades individuales son grandes, y que el baño puede prolongarse hasta hacerlo continuo. Si cuando en estos casos aparece el chucho, se abre un instante la canilla de agua caliente, se observa que el enfermo que temblaba de frío, cesa en sus movimientos rítmicos tal como si se lo abrigara. Es uno de los profesores que se muestra un enérgico defensor de la balneoterapia.

Riess da el baño continuo y tibio á 31° : el pri-

mer día deja al enfermo 24 horas en el baño ; el segundo día lo retira cuanto la temperatura axilar marca 37°5 y lo vuelve á bañar cuando el termómetro marca 38°5 en el recto:

Ziemssen acude al baño progresivamente enfriado : Coloca al sujeto en un baño cuya temperatura es de 5° inferior á la que tenga el enfermo y en media hora como máximo enfría el agua hasta 20° ; en cuanto estalla el chucho el enfermo es retirado. Ziemssen espera para administrar este baño que el enfermo tenga 40°, y da hasta seis por día.

**Tratamiento de las complicaciones graves** -- EN-  
TERORRAGIA -- Suspéndanse los baños y ordénesse reposo absoluto por los peligros de síncope ; hielo al vientre, champagne helado al interior. Para inmovilizar el intestino, opio al interior en forma de láudano, XX ó XXX gotas, ó mejor

Rp.

Extracto Tebaico ... .. 0.02 grs.

Para una píldora=XXX.

(1 cada dos horas)

Como hemostático puede emplearse la ergotina (2 á 4 grs.), el cloruro de cal (1 á 6 grs.) ; las in-

yecciones de suero gelatinado y los enemas calientes ó aún, y sin tenerle miedo á la anafilaxia, el suero de caballo. Nosotros hemos probado que es éste, muchas veces, un último recurso que no debe olvidarse (1).

Si la pérdida de sangre es muy abundante, háganse inyecciones intravenosas ó subcutáneas de suero artificial.

PERFORACION — Reposo absoluto, hielo al vientre, hielo al interior, opio, inyecciones de suero artificial, inyecciones de éter, caféina, aceite alcanforado, etc.; *intervención quirúrgica*.

MIOCARDITIS — Intervéngase enérgicamente en cuanto se constata el primer síntoma. Se prescribe la caféina, la esparteína, el éter, la estricnina, el aceite alcanforado, etc., agregados á la refrigeración constante de la región precordial.

El éter de 1 á 5 grs. en poción ó por inyecciones de 1 c.c. es el remedio del síncope. El aceite alcanforado al 1/10, 1 á 3 c.c. por día en los adultos, hasta 2 c.c. en los niños.

Los baños fríos ó tibios, deben ser suprimidos, y la hipertermia requiere ser combatida, debe substi-

---

(1) Atilio Guaita. — Anafilaxia Sérica. - La Semana Médica Nos. 29 y 31. 1918.

tuírseles por lociones frías ó mejor por la envoltura fría de Brand. Las ventosas y el frío (una bolsa de hielo permanente) aplicados en la región precordial, tonifican el corazón y obran como la digital, reforzando su energía.

Si la lesión progresa, el reposo absoluto es necesario por los peligros de síncope.

Si existe nefritis ; dieta láctea, ventosas escarificadas y aún baños fríos. Contra los accidentes nerviosos, todavía el baño frío ó el cloral.

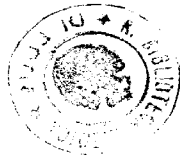
**Profilaxis** — Es inútil que me detenga sobre los agentes de transmisión de la enfermedad : todos conocen el papel de los vectores de bacilos, del agua, verdura, fruta, ostras contaminadas, etc.

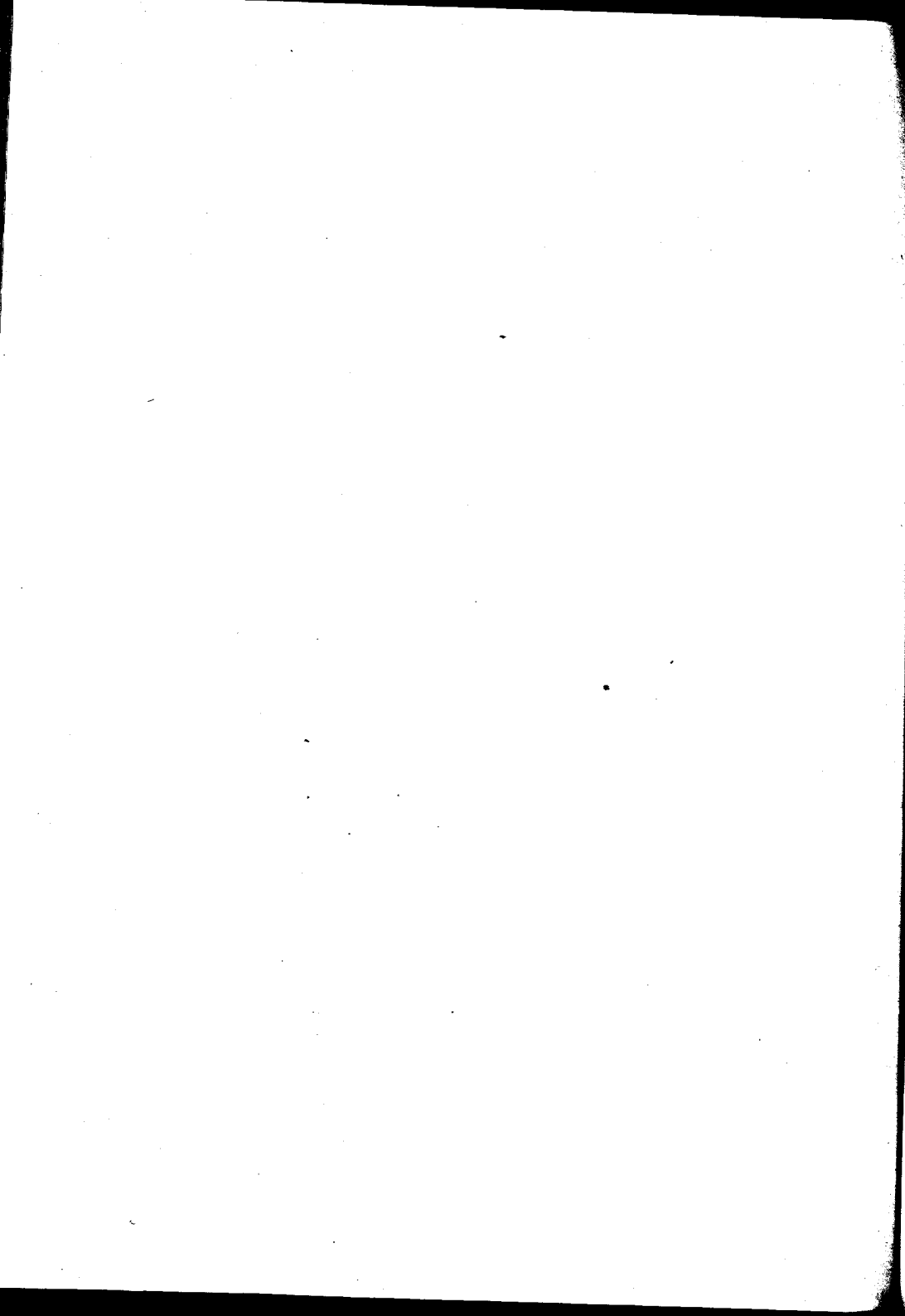
Las grandes epidemias son ocasionadas por el agua de consumo : la provisión de buen agua, la extensión de las cloacas, disminuyen considerablemente la tifoidea.

Pór parte del enfermo desinfección rigurosa de todas las ropas y secreciones y en general de todo lo que haya estado en su contacto.

Los vectores de bacilos deben ser cuidados ; la desinfección de sus secreciones debe ser rigurosa. Considero banales las demás prescripciones, para el que conoce al bacilo con que debe de tratar.

La vacunación antitífica, por medio de culturas muertas ó atenuadas, se practica con buenos resultados para prevenir la tifoidea.





Buenos Aires, Abril 13 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Marcial V. Quiroga, al profesor titular doctor Justiniano Ledesma y al profesor suplente doctor Pedro J. García, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4° de la « Ordenanza sobre exámenes ».

EDUARDO OBEJERO

*J. A. Gabastou.*  
Secretario.

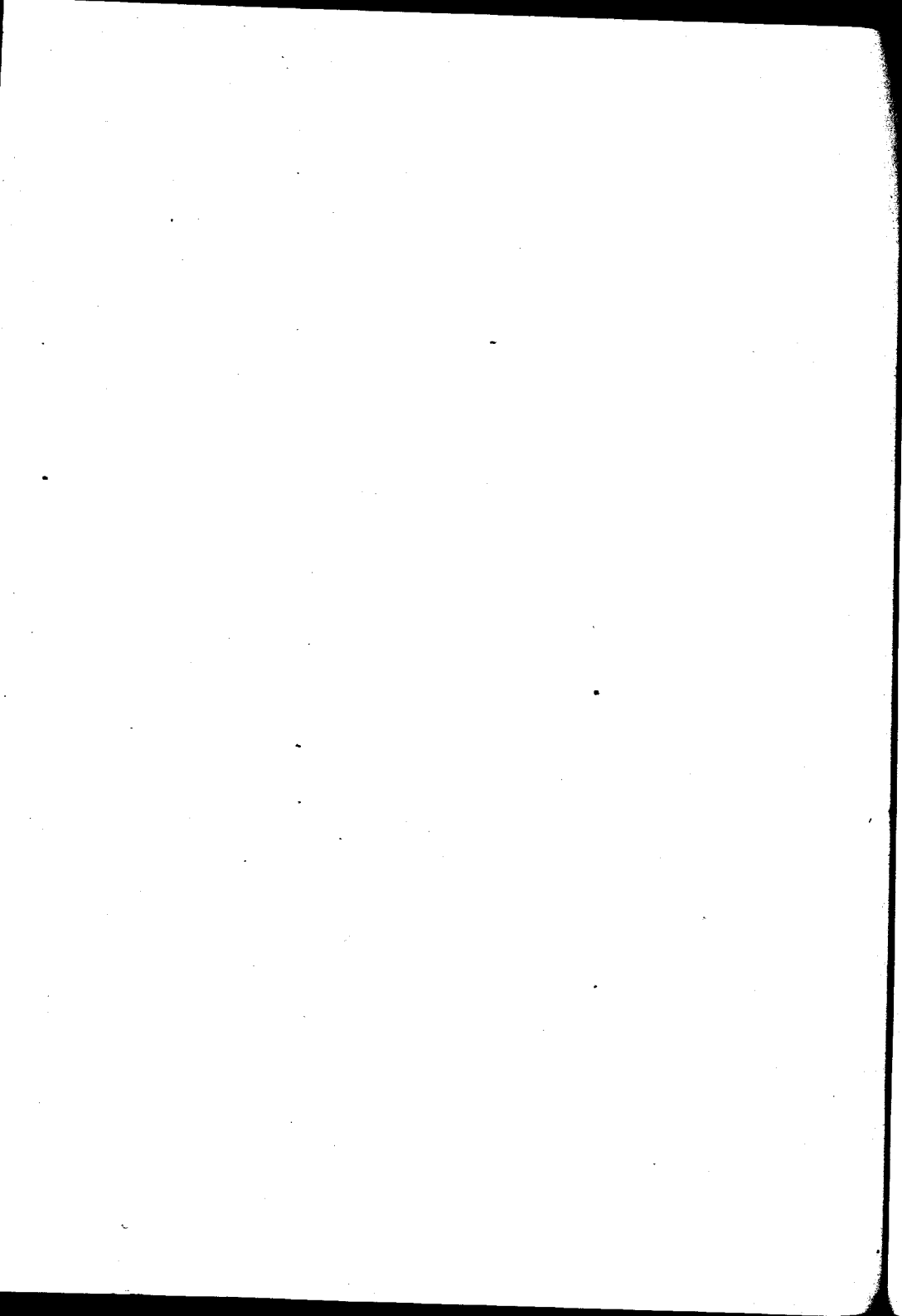
Buenos Aires, Abril 21 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 2768 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

EDUARDO OBEJERO

*J. A. Gabastou.*  
Secretario

30598



## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Pronóstico de las enterorragias tifoideas.

*M. V. Quiroga.*

### II

Antipiréticos en pequeña dosis en la fiebre tifoidea:

*I. Ledesma.*

### III

Reinfección tífica endógena.

*Pedro J. García.*

